Seix Barral Los Tres Mundos *Ensayo*

David Le Breton

Antropología del dolor



Seix Barral Los Tres Mundos

David Le Breton

Antropología del dolor

Traducción del francés por
DANIEL ALCOBA

cultura Libre

Título original:
Anthropologie de la douleur

Primera edición: mayo 1999

ISBN: 84-322-0833-7
Depósito legal: B. 20.239 - 1999
Impreso en España

Talleres HUROPE, S. L.
Lima, 3 bis
08030 Barcelona

De modo que ocupémonos sólo del dolor. Admito, y de buena gana, que sea el peor accidente de nuestro ser; soy el hombre que menos lo desea en este mundo, por eso lo huyo, y hasta ahora —¡gracias a Dios!— no tuve mucho trato con él. Pero nos corresponde, si no aniquilarlo, al menos atenuarlo con paciencia, y si ocurre que el cuerpo se altera por su causa, nos toca mantener el alma y la razón firmes ante el poder de su negación.

MONTAIGNE, *Ensayos*, I, 14

INTRODUCCIÓN

Los hombres, según su condición social o su historia personal, no reaccionan de la misma manera frente a una herida o enfermedad idénticas; no tienen el mismo umbral de sensibilidad. No existe una actitud establecida en relación con el dolor, sino una probable, pero incierta, reveladora a veces de resistencias insospechadas, o a la inversa, de unas debilidades inesperadas, una actitud que también se modula según las circunstancias. La anatomía y la fisiología no bastan para explicar estas variaciones sociales, culturales, personales e incluso contextuales. La relación íntima con el dolor depende del significado que éste revista en el momento en que afecta al individuo. Al sentir sus horrores, éste no es el receptáculo pasivo de un órgano especializado que registra vaivenes impersonales de tipo fisiológico. La manera en que el hombre se apropia de la cultura, de unos valores que son los suyos, de su relación con el mundo, suponen un entramado decisivo para su aprehensión. Porque el dolor es, en primer lugar, un hecho situacional. La experiencia nos muestra, por ejemplo, la importancia del medio, incluso del puramente profesional, para el alivio y la tranquilidad del enfermo. Los

terapeutas que suministran atención paliativa saben que una palabra amable o una mano sobre la frente, la presencia junto al lecho del paciente, son los antálgicos más eficaces, aunque no basten. En verdad, el dolor es íntimo, pero también está impregnado de materia social, cultural, relacional, y es fruto de una educación. No escapa al vínculo social.

En la tradición de Aristóteles, durante mucho tiempo, el dolor se concibió como una forma particular de la emoción (*Ética a Nicómaco*, libro II), una dimensión del afectado en su intimidad. Más tarde, la filosofía mecanicista, en particular en la obra de Descartes, definió el dolor como una sensación producida por el mecanismo corporal. Se ocultaba la parte del hombre en la construcción del sufrimiento; éste se veía como un efecto mecánico de saturación, simple consecuencia de un exceso de búsqueda de sentido. La biología gozaba el privilegio de estudiar el «mecanismo» del influjo doloroso, describir con la objetividad requerida el origen, el recorrido, y el punto de llegada de un estímulo. La psicología o la filosofía relataban la anécdota del dolor, es decir, la experiencia subjetiva del individuo. Esta teoría desembocaba en la idea de la especifidad de un sistema receptor cutáneo que transportaba directamente una excitación nerviosa, gracias a fibras propias, hasta un centro del dolor situado en el cerebro. Una mecánica neuronal y cerebral conducía el influjo doloroso y lo sustentaba; el hombre no era más que una hipótesis secundaria, y hasta desdeñable, el fenómeno sólo concernía a la «máquina del cuerpo». Sin embargo, para comprender las sensaciones en las cuales está en juego el cuerpo no hay que buscar en el cuerpo, sino en el individuo, con toda la complejidad de su historia personal.

De lo contrario, numerosos hechos que la experiencia suministraba resultaban inexplicables.

La publicación de los *Estudios sobre la histeria* de Freud y Breuer en 1895, al ilustrar la lógica del inconsciente en los sufrimientos de la histeria, abría una primera brecha en este acercamiento estrictamente neurológico y recordaba a su manera que el hombre no es una mera serie de fibras nerviosas o el apéndice indiferente de una actividad biológica autónoma del cerebro.

En la actualidad ya no se cree que el dolor sea el efecto específico de la exasperación de las sensaciones, la consecuencia de una sobrecarga que supera los límites ordinarios de funcionamiento de los órganos. El dolor no actúa como una sensación que da sentido e información útil para la conducta del individuo en relación con el mundo objetivo. No se trata de una cualidad inherente a los objetos exteriores, susceptible de ser aprehendida por un órgano específico. A veces le acompaña una impresión sensorial, como en el caso de un contacto cutáneo con un objeto cortante o ardiente, pero no es inherente a éstos. Ningún órgano sensorial está especializado en el registro del dolor. «El dolor —dice J. Sarano— no es una función, sino una lesión padecida por una función.»[1]

Esta concepción del dolor como hecho puramente sensorial ha eliminado durante largo tiempo una dimensión afectiva que no podía explicar. Los estudios contemporáneos, como la fecunda teoría de Melzack y Wall, hacen justicia a la complejidad del fenómeno doloroso.[2] Numerosas estaciones intermedias separan el

1. J. Sarano, *La douleur*, Épi, París, 1965, p. 74.

2. Estos dos investigadores están en el origen de la «théorie des portillons» (teoría de los portillos), cf. *Le défi de la douleur*, Vigot, Pa-

centro de irradiación del dolor que se siente. Dichos filtros acentúan o disminuyen su intensidad. El camino del dolor se sirve de puertas que lo ralentizan, amortiguan o aceleran su paso. Otras percepciones sensoriales entran en resonancia con él y contribuyen a modelarlo (calor, frío, masaje, etc.). Ciertas condiciones lo inhiben (concentración, relajación, diversión, etc.); otras aceleran su difusión y la acrecientan (miedo, fatiga, contracción, etc.). No hay dolor sin sufrimiento, es decir, sin significado afectivo que traduzca el desplazamiento de un fenómeno fisiológico al centro de la conciencia moral del individuo. Una definición insuficiente sin duda, y cuyo aspecto más débil ha sido cuestionado, es la que dio la International Association for the Study of Pain, la cual definió el dolor como «una sensación desagradable y una experiencia emocional de respuesta a una espera real o potencial, o descrita en estos términos».[3] Una información dolorosa *(sensory pain)* implica una percepción personal *(suffering pain)*.[4] Todo dolor comporta un padecimiento moral, un cuestionamiento de las relaciones entre el hombre y el mundo. La lobotomía elimina el componente afectivo del dolor, pues convierte a este último en representación. El individuo experimenta el fantasma sensorial, pero ya no siente el desgarramiento. Otros estudios que se sirven de la hipnosis como analgésico, en situación experimental con sujetos sometidos a penosas estimulaciones, demuestran que la sensación de dolor es percibida por el individuo, pero desconectada, como si la *sensory pain* se liberara de la *suffering pain*. El dolor que sentimos no es, entonces, un simple flujo sensorial, sino una percepción que en principio plantea la pregunta de la relación entre el mundo del individuo y la experiencia acumulada en relación con él. No escapa a la condición antropológica de las otras percepciones. Es simultáneamente sopesada y evaluada, integrada en términos de significación y de valor. Va más allá de lo puramente fisiológico: da cuenta de lo simbólico.

El dolor es una manifestación ambigua de defensa del organismo. La existencia humana sería terriblemente vulnerable si se la privara de la capacidad de padecerlo, ya que fuerza al aprendizaje lúcido y esforzado de peligros que amenazan la integridad física. La personas que nacen sin esta facultad atestiguan su necesidad: heridos graves no son capaces de percibir nada, se muerden la boca o la lengua sin saberlo, se atraviesan la mejilla con un bolígrafo o se rompen un diente sin dejar de masticar, se queman, se desollan sin sentirlo, se fracturan un miembro y se esfuerzan en levantarse. La insensibilidad congénita al dolor es una enfermedad que expone al individuo a todos los peligros que acechan en el medio en que vive: desde un dedo pillado en una puerta hasta la absorción de un líquido ardiente, desde una caída de graves consecuencias, hasta la ausencia de toda reacción frente a una patología visceral, etc. Por añadidura, impide al individuo adoptar las posiciones

rís, 1989, pp. 143-161 (tr. Fr.). Esta obra es fruto de una provechosa colaboración entre medicina y ciencias humanas. Acerca de la historia médica del dolor remitimos sobre todo a R. Rey, *Histoire de la douleur*, La Découverte, París, 1993; véase también J.-P. Peter (ed.), *De la douleur*, Quai Voltaire, París, 1993.

3. H. Merksey y otros, «Pain terms: a list with definitions and notes on usage», *Pain*, n.º 6, 1979; «Pain terms: a supplementary note», *Pain*, n.º 14, 1982; «Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms», *Pain*, supl. 3, 1986.

4. R. Melzack y K. L. Casey, «Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model», en D. Kenshalo (ed.), *The Skin Senses*, Thomas, Springfield, 1968, pp. 423-443.

antálgicas que preservan los miembros o los tejidos dañados.[5] Uno de los síntomas de la lepra es precisamente la insensibilidad al dolor. La pérdida de las extremidades de los miembros que afecta a los leprosos es una consecuencia de la enfermedad, no una de sus etapas obligadas. Incapaces de sentir la señal dolorosa que señala la alteración de tejidos, los aquejados se hieren con crueldad sin darse cuenta, lastiman sus tejidos con total indiferencia. En algunos países del Tercer Mundo, las ratas devoran su carne durante la noche sin que ellos se despierten ni puedan defenderse.[6] Para protegerse de las mutilaciones, los leprosos se mantienen vigilantes en todo momento, con el objeto de controlar por sí mismos las incidencias que les rodean. La vista o el oído sustituyen el sentido interno del dolor, cuya función de protección resulta fallida.

En la constitución de un mundo humano, es decir, un mundo de significados y valores accesibles a la acción de las personas, el dolor es sin duda un elemento fundamental. El hombre se encuentra atado de pies y manos cuando está desprovisto de él, a merced de un medio cuya habitabilidad le resultará exigua. El dolor lo protege de las incontables amenazas que pesan sobre su condición, opera como protector del organismo por la retracción inmediata que suscita, la huella que deja en la memoria, y que conduce a obrar de manera más lúcida. Es vector de la educación del niño que sanciona en seguida toda acción inapropiada por su parte, enseña la prudencia necesaria que compensa la fragilidad original de la condición humana.

5. R. Melzack y P. Wall, *op. cit.*, pp. 5 y ss.
6. N. Cousins, *La volonté de guérir*, Le Seuil, París, 1980, pp. 87-88.

Si el dolor es un estado molesto, también es una defensa apreciable contra la inexorable hostilidad del mundo. Sin embargo, no es posible agotar su definición en la comodidad de una función defensiva pura. Es más desconcertante y no se explica con ninguna fórmula simple. Si es una brújula que indica la aparición de una enfermedad por curar, acusa ciertos desarreglos que exigen desconfianza, puesto que a veces indica unas confusas direcciones donde el hombre tiene todas las posibilidades de extraviarse, ya que omite señalarle peligrosos cambios de rumbo. Curiosa brújula que obedece a diversos polos y enturbia la inteligencia, en la misma medida que ayuda: ilumina en el dedo quemado o el miembro fantasma del mutilado, y calla en el desarrollo de un cáncer fatal a corto plazo. Pero el hombre no es una máquina, ni el dolor un mecanismo: entre éste como herramienta virtual de protección y el primero, existe la ambivalencia y la complejidad de la relación que une al hombre con el mundo.

En la misma medida en que el dolor no es una sensación sino una percepción individual, es decir, un significado, la interpretación finalista de éste como «sentido defensivo» resulta candorosa e insuficiente. M. Pradines ha visto en él «el complejo formado por la unión de una aversión motriz, de orden acaso reflejo (ya que sobrevive incluso a la abolición de la consciencia, y hasta a la ablación del córtex) y de un estado afectivo inefablemente consciente, que parece injertado en la intimidad del primero».[7] He aquí en qué se distingue el dolor de un simple mensaje sensorial excesivo, ataca al

7. M. Pradines, «Douleur et finalité», *Revue de Métaphysique et Morale*, abril de 1947, p. 159.

hombre en su identidad y a veces lo quiebra; parece un «sentido defensivo» útil, pero en la misma medida, contumaz, bloqueado, y mutilador, con frecuencia acaba por transformarse en la enfermedad que hay que tratar. La conciencia dolorosa es el suplemento que elimina la tentación de otorgar al dolor un mero estatuto de defensa fisiológica. Durante toda su carrera de «cirujano del dolor», René Leriche ha combatido la dudosa legitimidad del dolor como una oportuna advertencia. «Para los médicos que viven en contacto con los enfermos —escribió—, el dolor no es más que un síntoma contingente, molesto, ruidoso, penoso, a menudo difícil de suprimir, pero que, habitualmente no tiene gran valor, ni para el diagnóstico, ni para el pronóstico. El número de enfermedades que revela es ínfimo, y con frecuencia, cuando las acompaña, no hace más que confundirnos. Por el contrario, en algunos estados crónicos, parece que la enfermedad no existiría si no fuera por él.»[8] El dolor es una manifestación caprichosa que prosigue su camino torturando la existencia sin revelar nada apropiado para mejorar el estado del paciente, como por ejemplo en las neuralgias de trigémino, donde los dolores afectan a los miembros fantasmas. «¿Reacciones de defensa? ¿Advertencias felices? —se pregunta René Leriche—. Pero de hecho, la mayoría de las enfermedades más graves se instalan en nosotros sin previo aviso... cuando llega el dolor, ya es demasiado tarde. El desenlace, ya en potencia, es inminente. El dolor no ha hecho otra cosa que volver más penosa y triste una situación desde hace tiempo perdida. ¿Reacción de defensa? ¿Pero contra qué?, ¿contra quién? ¿Contra el cáncer que por lo general sólo duele cuando mata? ¿Contra la tuberculosis que casi nunca hace sufrir antes de la agonía? ¿Contra las cardiopatías que siempre avanzan en silencio? Es necesario, pues, abandonar la falsa idea del dolor benefactor. En realidad, el dolor es siempre un regalo siniestro que disminuye al hombre, que lo acerca más a la enfermedad que si no se manifestara.»[9]

8. R. Leriche, *Chirurgie de la douleur*, Masson, París, 1949, p. 27.

En algunos casos, el dolor que señala la afección la prolonga también hasta el infinito y acaba siendo su propio fin: se transforma en enfermedad. Mantiene con el ser humano una relación ambivalente, que debe investigarse con paciencia, multiplicando los exámenes clínicos, y sobre todo las competencias susceptibles de descifrarlo y aliviarlo. No obstante, el dolor suele escabullirse implicando a la totalidad del ser. Como la muerte, el dolor es el destino común, nadie puede pretender escapar a él. No olvida a nadie y llama al orden de muy diversas maneras en el transcurso de la existencia, a pesar de la voluntad humana.

El hombre no huye siempre del dolor, aunque la modernidad vea en él un arcaísmo que la medicina debería erradicar sin demora. Existen usos sociales del dolor, éste es de hecho un instrumento susceptible de diversos empleos. A través de la ofrenda del dolor, por ejemplo, el cristiano de otros tiempos se esforzaba en pagar la deuda contraída en ocasión del sacrificio de Jesucristo. Todo sufrimiento consentido se transforma entonces en una prueba de amor, un signo de devoción. La relación con el dolor ha cambiado, ciertamente, y la Iglesia hoy en día ve en el sufrimiento de Cristo más bien una demostración de amor hacia la humanidad. El

9. *Ibidem*, pp. 27-28.

camino de la cruz ya no se impone al fiel. La necesidad imperiosa de padecer para existir subsiste en algunos individuos, fuera de toda visión religiosa del mundo. Son hombres que llevan una vida amarga que pasa del dolor a la enfermedad, de los fracasos a las decepciones. También en estos casos se paga una deuda con el dolor sufrido que permite la continuación de la existencia. Curar a esos enfermos que parecen nacidos bajo una mala estrella (o más bien que se encuentran permanentemente bajo su influencia) no es el mejor servicio que se les puede hacer, si no se aclaran de una manera u otra acerca de la lógica inconsciente de su conducta. Otros usos del dolor son clásicos, y se alimentan de la disparidad de fuerzas entre los individuos: la corrección, el castigo corporal, la tortura, el suplicio, etc. Son las vías privilegiadas de una cierta «trivialidad del mal» que opera en la condición humana. El arte de hacer sufrir al otro para obligarlo, humillarlo o destruirlo es inagotable en sus realizaciones. El dolor infligido es el objeto de preferencia, hasta el arquetipo del ansia de poder sobre el otro. A la inversa, el dolor es igualmente útil para inscribir en la carne la memoria de una filiación y una fidelidad a la comunidad, como bien saben los iniciados de las sociedades tradicionales. En este caso, el dolor acompaña el cambio de estatuto del joven, la perfección social de su cuerpo y de su identidad, que traducen las marcas físicas infringidas. Los ritos de tránsito implican a menudo una prueba dolorosa que da fe de la determinación y la fuerza del carácter.

El dolor es una punción de lo sacro, porque arranca al hombre de sí mismo y lo enfrenta a sus límites, pero se trata de una forma caprichosa, que hiere con inaudita crueldad. Sin embargo, si permanece bajo el

control moral o si es superado, ensancha la mirada del hombre, le recuerda el precio de la existencia, el sabor del instante que pasa. Todo depende del significado que el hombre le confiera. Si suprime el gusto de vivir cuando golpea, opera el efecto contrario en cuanto se aleja. Es una llamada al fervor de existir, un *memento mori* que devuelve al ser humano a lo esencial.

Para el imaginario del Siglo de las Luces, relevado por el del Progreso, la lucha contra el sufrimiento, entendida en su sentido más amplio, es como una clave privilegiada. ¿Cómo entender la coexistencia del Progreso con la desgracia individual y el persistente dolor de los enfermos y los heridos? En *La montaña mágica*, el humanista Settembrini explica a Hans Castorp su pertenencia a una «Liga para la Organización del Progreso» que «abarca todas las posibilidades presentes de perfeccionamiento del organismo humano» y se propone como tarea preparar el «bienestar de la humanidad, en otras palabras: combatir y eliminar el sufrimiento humano». Para llevar a cabo este insigne proyecto se recurre a la sociología. La liga se consagra, en primer lugar, al inventario de los males de este mundo, para lo cual es necesario la reelaboración de una «sociología del sufrimiento». «En una veintena de volúmenes de formato de diccionario enumerará y estudiará todos los casos de sufrimiento humano que puedan imaginarse, desde los más personales e íntimos hasta los males que derivan de hostilidades entre clases y desacuerdos internacionales.»[10]

La lucha contra el sufrimiento, y también contra el dolor, que sin duda es su manifestación más notable, se

10. T. Mann, *La montaña mágica.*

encuentra en el corazón de la ideología del Progreso. En la segunda parte del siglo XIX, ciertamente, se aliviaron buena parte de los males de los hombres con la difusión de la anestesia. Asimismo ocurre en la actualidad, con la generalización del empleo de los antálgicos en la vida cotidiana. No obstante, al mismo tiempo, el dolor crónico se ha convertido en uno de los problemas cruciales de la medicina moderna. El dolor perdura, no ha sido «vencido», cientos de millones de occidentales (¿cuántos en el mundo?) continúan sufriendo las consecuencias de una medicina en perpetua búsqueda de la molécula milagrosa, pero que con frecuencia olvida al propio hombre sufriente. La «sociología del sufrimiento» que sugería Thomas Mann está más que nunca en el orden del día, incluso de vez en cuando tenemos la impresión de que amplía su campo de influencia. Y tratándose del dolor, las diferentes prácticas médicas no dejan de ser solicitadas, movilizadas, testigos de la afluencia de las demandas de alivio. Ni el dolor ni la muerte se dejan disolver en los imaginarios dones técnicos o científicos. Y todo médico sabe, por experiencia, los tanteos de rigor, que se imponen, antes de conseguir un tratamiento eficaz para un enfermo en pleno sufrimiento.

El dolor es la primera razón de consulta médica, el signo que nunca engaña a nadie acerca de la necesidad de un alivio. Y la primera tarea del profesional consiste en curar sus causas, en darle un sentido antes de reducirlo al silencio. Hablar del dolor es una inequívoca invitación a que lo trate la medicina, y tanto el destino del uno como de la otra deben unirse bajo los auspicios del enfermo. No obstante, aunque la práctica médica se evoca a menudo en estas páginas, la perspectiva adoptada incide sobre todo en el hombre sufriente. Nuestro propósito consiste en abordar el dolor desde un punto de vista antropológico, así como analizar la relación del hombre con su dolor, mientras nos preguntamos de qué modo la trama social y cultural que lo impregna influye en las conductas y los valores. Pero sin olvidar por ello que si el hombre es una consecuencia de estas condiciones sociales y culturales, también es el infatigable creador de significados con los cuales vive. Ninguna fórmula definitiva podría abarcar la relación íntima del hombre con su dolor, puesto que de hecho todo dolor remite a un sufrimiento, y por tanto, a un significado y a una intensidad propia del individuo en su singularidad.

La presente obra constituye un nuevo capítulo de la antropología del cuerpo, cuya paciente y esforzada elaboración nos hemos propuesto. En *Anthropologie du corps et modernité* (1990) establecimos los hitos de una investigación, gracias a cierto número de herramientas del pensamiento que permiten aplicar al mundo contemporáneo una concepción antropológica, tomando el cuerpo como objeto de análisis privilegiado. En *Des visages* (1992), a propósito del significado humano del rostro, o en *La Chair à vif* (1993), en relación con los usos médicos del cuerpo humano, empleamos idéntico enfoque antropológico y comenzamos a utilizar dichas herramientas. La lectura simbólica social, que convierte al cuerpo en un universo de significados y valores, estaba en el centro de esas investigaciones. En tales obras intentamos demostrar cómo el enfoque antropológico ilumina la práctica de la medicina, haciendo surgir lo que suele despreciarse en el proceso terapéutico: la dimensión del sentido y de los valores que afectan a la re-

lación del hombre con su cuerpo, o con su enfermedad. Tras los pasos de G. Simmel o de M. Mauss, nuestro propósito es demostrar que el cuerpo es un objeto propicio y fértil para un análisis sociológico y antropológico; no un objeto acerca del cual podrían decirse dos o tres cosas dejando lo esencial a la iniciativa de la biología o de la medicina, sino una encrucijada de significados sociales y culturales que nos conduce a las entrañas de las sociedades humanas y del *anthropos*. Aquí se trata de aprehender la construcción social y cultural del dolor, es decir, sumergirnos en lo más íntimo del hombre que sufre, para intentar comprender cómo éste se maneja con un hecho biológico para apropiárselo en sus modos de conducirlo, y cuál es el significado que le otorga.

EXPERIENCIAS DEL DOLOR

> La piel humana separa el mundo en dos espacios. El lado del color y el lado del dolor.
>
> PAUL VALÉRY, *Mauvaises pensées et autres*

EXPERIENCIAS DEL DOLOR

El dolor es junto con la muerte la experiencia humana mejor compartida: ningún privilegiado reivindica su ignorancia o se vanagloria de conocerla mejor que cualquiera. Violencia nacida en el propio centro del individuo, su presencia lo desgarra, lo postra, lo disuelve en el abismo que abre en su interior o lo aplasta con el presentimiento de una inmediatez privada de toda perspectiva. La evidencia de la relación entre el sujeto y el mundo se rompe. El dolor quiebra la unidad vital del hombre, que tan evidente resulta cuando goza de buena salud, y confiando en sus fuerzas, olvida las raíces físicas de su existencia, cuando ningún obstáculo se interpone entre sus proyectos y el mundo. En efecto, en la vida cotidiana el cuerpo se vuelve invisible, dócil; su

densidad se difumina en la ritualidad social y en la incansable repetición de situaciones cercanas unas de otras.[1] El hecho de que el cuerpo escape a la atención del individuo condujo a René Leriche a definir la salud como «la vida en el silencio de los órganos». Georges Canguilhem añade que es un estado de «inconsciencia en que el sujeto pertenece a su cuerpo».[2]

En el límite de la existencia salen a la luz momentos de dualidad: ciertos complejos provocan en el individuo la impresión de su indignidad física en relación con los otros; la fatiga, el esfuerzo, una herida, a veces la disparidad entre una voluntad de acción y la imposibilidad de cumplirla: fracasar en el intento de saltar una barrera, nadar o sumergirse, quedarse sin aliento, etc., son hechos que dan la amarga impresión de estar sujeto a un cuerpo diferente del propio, indócil en sus realizaciones. Pero estos episodios de dualidad no tienen, en principio, consecuencias, a menos que el cansancio no se haga persistente o la herida no acabe en mutilación. Si el goce o el placer marcan lo cotidiano como una experiencia familiar, el dolor, por el contrario, es vivido como algo del todo extraño, pues rompe la trama de las costumbres que instilan en el individuo el gusto de vivir. El dolor fuerza su presencia a la manera de la violación, se sujeta con alfileres en el hombre, haciéndole sospechar el carácter duradero del sufrimiento; por el contrario, el placer se prende a menudo en la

1. Cf. D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, París, 1990, p. 6.

2. G. Ganguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, París, 1996, pp. 52 y 72. Definición justa y al mismo tiempo paradójica, en la medida en que la existencia del hombre es corporal y no podría desarrollarse sin una continua puesta en juego física y perceptiva.

impresión de lo efímero y lo perecedero. El dolor es un momento de la existencia en que el individuo confirma la impresión de que su cuerpo es extraño a él. Una dualidad insuperable e intolerable lo encierra en una carne rebelde que le impone un sufrimiento cuyo continente es él. Si el gozo es expansión, ensanchamiento de la relación con el mundo, el dolor es acaparamiento, interioridad, cerrazón, desapego de todo lo que no sea él mismo. Un órgano, un tejido lastimado, una función hasta el momento diluida en la tranquila noche del cuerpo, se revela penosamente a la atención exclusiva del individuo, se adelanta a las cosas esenciales de la vida diaria hasta el punto de aniquilar, cuando el sufrimiento se hace crónico y lo bastante agudo, casi todo interés hacia el mundo y los demás. Pérdida del apetito, asco ante la existencia, susceptibilidad, agotamiento, apatía, insomnio, un cortejo de penas acompaña al dolor y colorea toda la experiencia del mundo sin dejar nada de lado. La conciencia se descubre encerrada en las fronteras de un cuerpo en cuyo reconocimiento fracasa, pero que le impone su presencia. Quizá en este sentido Kafka hablaba «de los espantosos límites del cuerpo humano».

La aparición del dolor es una amenaza temible para el sentimiento de identidad. Una insistente presión se mantiene un momento en los confines, y cada vez más cercana, se desborda si la fuerza moral del individuo resulta impotente para rechazarla. El dolor induce a la renuncia parcial de sí mismo, a la continencia por la que se apuesta en las relaciones sociales. El individuo relaja el control que de ordinario organiza las relaciones con los otros. Se permite actos (muecas, lloros, etc.) o palabras (juramentos, quejas, etc.) que rompen sus reglas

de comportamiento habitual. O se retira en sí mismo para afrontar su mal sin debilitar su energía o evitar los contactos, que amenazaban, según su parecer, la estima con la cual lo han investido los demás. Se convierte por un tiempo duradero en un desconocido, hasta para los más allegados. Hace lo que jamás habría querido hacer, o profiere palabras que hubiera deseado callar y de las que se arrepiente en seguida. La erosión más o menos sensible del sentimiento de identidad bajo los golpes del dolor, durante el transcurso de un tiempo que desgasta con lentitud la resistencia, invoca la imagen, a menudo rememorada por los enfermos, de una entidad extraña que desmantela al hombre desde el interior. Como si el dolor fuera una forma de posesión, un poder colosal que carcomiera al individuo dictándole la conducta, destruyendo de un golpe ciertos aspectos de su antigua respetabilidad, la reputación eventual de hombre sólido que veían los demás.

Todo dolor, incluso el más modesto, induce a la metamorfosis, proyecta a una dimensión inédita de la existencia, abre en el hombre una metafísica que trastoca su ordinaria relación con el prójimo y con el mundo. Es un rostro ajeno y devorador que no da tregua, que nos persigue con su tortura incesante. El individuo se siente como una casa hechizada por la enfermedad o el dolor. En principio, no puede reconocer que una y otro conforman su cuerpo, que habitan en él, porque las quiere del Otro, exteriores, como si la llegada del padecimiento en sí fuera el signo de una abdicación ante lo extraño. Imagen ejemplar de la irrupción del eso, el dolor despersonaliza. «Cuando hallamos en nuestra existencia y en la vida entera las manifestaciones de una autonomía de autoconservación y de autorrealización, el

dolor nos enseña cuán serviles, efímeros e impotentes somos, en qué medida la vida contiene en sí misma posibilidades de transformarse en su propia enemiga», escribe Buytendijk.[3] Incluso si afecta sólo a un fragmento del cuerpo, aunque no se trate más que de una muela cariada, el dolor no se contenta con alterar la relación del hombre con su cuerpo, se expande más allá, anticipa los gestos, atraviesa los pensamientos: contamina la totalidad de la relación con el mundo. Rompe las amarras que ataban al individuo a sus actividades familiares, hace difícil su relación con los más próximos, elimina o disminuye en el hombre el placer de vivir. Ningún refugio escapa a su acoso. El hombre que sufre, aunque sea de un trivial dolor de muelas, imagina que los que ignoran su experiencia son los más felices de los hombres, se asombra de no haber sabido jamás apreciar su suerte. El dolor paraliza la actividad del pensamiento o el ejercicio de la vida. Pesa sobre el juego del deseo, el vínculo social. Crea el sentimiento de una desgracia en todo momento rumiada por aquel a quien afecta, y de una gracia particular caída en suerte a los que perdona.

Formas del dolor

El dolor no se mantiene fijo en la duración, varía de intensidad según modalidades que parecen caprichosas, desigual de una hora o de un día para otro, por la influencia de unos datos difíciles de aprehender, dependiente del contexto, del momento del día, de la resonancia íntima de un gesto o una medicación. El hombre

3. F. J. J. Buytendijk, *De la douleur*, PUF, París, 1951, p. 16.

que sufre no llega a hacerse etnólogo de un dolor con frecuencia imprevisible, incluso cuando se instala de manera estable para malograr la existencia. No se deja aprehender en una fórmula única, afectando de modo diferente al hombre según las circunstancias. Apenas se esbozan en él duraciones e intensidades diversas. Una fenomenología elemental del sufrimiento compromete líneas de fuerza y relaciones específicas con el mundo.

El *dolor agudo* es transitorio, suele deberse a una caída, una quemadura, un dolor de muelas, un choque contra un objeto, una lesión que tarda en curarse o un malestar, por ejemplo una jaqueca. Estos dolores son triviales, marcan la vida cotidiana con sus amarguras, provocan una molestia pasajera, una contrariedad personal o impedimento, un descanso para calmar el mal o la digestión difícil; una visita al médico de cabecera o la consulta al dentista para atender la muela enferma. A veces, son una consecuencia paradójica de los cuidados recibidos para aliviar otra dolencia: limpiar una llaga, inmovilizar una fractura, etc. Los dolores postoperatorios son otro ejemplo. La ansiedad tiene un papel despreciable en la percepción de la mayor parte de estos dolores; en principio asociados a una causa contingente, y que sólo se traducen por un mal momento pasajero. Esas afecciones conducen a la prudencia, previenen al individuo, sobre todo al niño, que toma conciencia del cuerpo en su lucha por mantener una distancia y una atención provechosas hacia las hostilidades de la realidad circundante. Inevitables, diluidos en el paso de los días y las innumerables actividades de los seres humanos, recuerdan la fragilidad de su condición y su vulnerabilidad.

Otros dolores son más inquietantes, signos anticipadores de la enfermedad, de un daño que se abre insidioso camino. La mayor parte de las consultas médicas tienen su origen en estos dolores obstinados, a menudo triviales, pero generadores de angustia. En *Pabellón de cáncer* de Solzhenitsin, una mujer sufre de manera intermitente desde hace algunos años. «Si no hubiera sido oncóloga no habría dado ninguna importancia a este dolor, o bien, al contrario, habría ido sin temor a examinarse. Pero conocía demasiado bien este engranaje para no dudar en meterse ella también en él... se decía: "Quién sabe, tal vez se me pase, al fin y al cabo, puede ser simplemente nervioso."»[4] El dolor se percibe aquí como un síntoma, que anuncia o acompaña un desarrollo patológico que hay que curar. Los primeros cuidados tienden a aliviarlo y a explicar sus causas, y en seguida se ocupan del mal orgánico del cual es consecuencia. Para la mayor parte de los occidentales, el médico da nombre y reduce el dolor, es su obligado interlocutor. Cuando se trata de una dolencia conocida (o que se cree conocer), que motive un temor mínimo, el recurso a la automedicación a veces ahorra la visita al médico. Otros individuos, según su condición cultural y el examen que hagan de la situación, prefieren consultar a un curandero, o bien dirigirse de entrada al hipnotizador, al kinesiólogo, al masajista, etc., para unos males a los que suponen un origen articular. Otros dan la espalda al dolor u oponen una feroz resistencia a la agresión, contentándose con sus propios recursos morales.

Las quejas que acompañan a estos dolores desacostumbrados y breves son culturalmente legítimas; casi no afectan las relaciones sociales e inducen a actitudes

4. A. Solzhenitsin, *Pabellón de cáncer*.

de solidaridad. Son padecimientos que conforman un dibujo anodino en la existencia, un tinte amargo que los otros aceptan respetar, igual que esperan la reciprocidad cuando una migraña o las secuelas de una caída les sitúen a su hora en idéntico trance; suscitan la solidaridad o la compasión de los más cercanos. Esas llamadas de atención resultan propicias para el propio reconocimiento, refuerzan en el individuo el sentimiento de su valor personal.

Durante horas, días, y hasta semanas, el individuo soporta a pesar suyo una tortura que modifica las condiciones de su existencia, y lo enfrenta, si persiste, a períodos de ansiedad o desaliento. Pero el alivio, e incluso la recuperación de la salud, en principio se encuentran al final de la prueba. El conocimiento del carácter casi siempre provisional del dolor nos convence de que éste no tardará en disolverse. Sólo se trata de apretar los dientes el tiempo de una breve intervención del médico, unas horas de espera del dentista, o los días que tarda en pasar un ataque de gota. El dolor, cuyo próximo final se adivina, pierde una parte de su violencia, y no menoscaba el sentimiento de identidad. «Contamos con este alivio —escribió W. Styron—, ya sea por el sueño, el Tylenol, la hipnosis, un cambio de posición, o más a menudo, por los poderes de autocuración con los cuales está dotado nuestro cuerpo, acogemos la tregua por llegar como la recompensa natural que nos toca por haber sido, provisionalmente, tan valientes, buenos actores y firmes en la prueba, tan optimistas y partidarios de la vida.»[5]

Si la certeza del alivio por llegar alimenta la resistencia, o al menos atenúa la queja, el dolor aumenta hasta el espanto cuando se asocia a lo irremediable, cuando amenaza con ensañarse. El *dolor crónico* es un largo y penoso obstáculo para la existencia. Registra intensidades variables que van desde la intermitencia que provoca penosos efectos que alteran el pleno desarrollo de la vida cotidiana, hasta la continuidad dolorosa de un padecimiento que paraliza la mayor parte de actividades sin el consuelo de una pronta salida. En la actualidad, curando enfermedades que en otro tiempo habrían desembocado en la muerte, y tomando bajo control exclusivo la fase terminal de la vida, la medicina ha contribuido a hacer inevitables los dolores más o menos agudos y duraderos que solían desaparecer con la muerte o que no tenían tiempo de desarrollarse a causa de defunciones más precoces. El aumento de la longevidad, unido a condiciones más favorables de existencia en nuestras sociedades occidentales, ha coadyuvado al aumento de los dolores correspondientes a las enfermedades crónicas o a las secuelas del envejecimiento.

Asimismo, la creciente opinión de que todo dolor es inútil y conviene desembarazarse de él sin demoras, so pena de complacencia culpable, pone el acento médico sobre dolores que en otros tiempos fueron asumidos como un precio obligado y trivial de las condiciones de trabajo o de existencia de los individuos. Los dolores de espalda se encuentran entre los más frecuentes en nuestra sociedad occidental. Estas rebeldes y duraderas molestias abarcan las cefaleas, las secuelas postraumáticas, los problemas neurológicos, y a veces son de una gran agudeza, como en el caso de las neuralgias, los dolores de miembros fantasmas. Constituyen una

5. W. Styron, *Face aux ténèbres*, Gallimard, París, 1990, p. 94.

cara oscura cuya incidencia está más o menos marcada según su naturaleza y su intensidad, y de acuerdo con las defensas culturales o personales. Los dolores crónicos a menudo señalan la impotencia de la medicina para comprenderlos y curarlos; se designan con el elegante término de «enfermedades funcionales» y afectan a una numerosa población de enfermos, una masa de aquejados que atestiguan el fracaso de la perspicacia de los médicos, los procedimientos de la imaginería médica o los análisis. Ellos sufren, pero los facultativos no «encuentran» nada.

Cuando el dolor se instala, lacera cada instante de la existencia. Matiza toda relación con el mundo, se interpone como una pantalla que aparta de las cosas. «Dolor que se desliza por todas partes, en mi visión, mis sensaciones, mis juicios; es una infiltración —apuntó Alphonse Daudet en su diario—. En mi pobre carcasa hueca, vaciada por la anemia, el dolor resuena como la voz en una habitación sin muebles ni cortinas. Días, largos días en los que lo único vivo en mí era el sufrir.»[6]

El dolor sitúa al individuo fuera del mundo, lo aparta de sus actividades, hasta de las que más le agradan. Al perder la elemental confianza en su cuerpo, el individuo pierde también la confianza en sí mismo y en el mundo, su propia carne se transforma en solapada e implacable enemiga con vida propia. El magistrado Iván Illich está atormentado por una enfermedad crónica que a veces olvida o imagina alejada para siempre de él. «Pero, de repente, el dolor en el costado, sin preocuparse del proceso en curso, iniciaba su sorda y

6. A. Daudet, *El dolor.*

obstinada labor. Iván Ilich se esforzaba en pensar en otra cosa, pero continuaba su tarea, llegaba, se colocaba frente a él, y le contemplaba. Iván Ilich se sentía paralizado, la vista se le nublaba: "¿Sólo es verdad el dolor?", se repetía. Sus colegas, los subordinados, veían con asombro y tristeza que él, un juez tan brillante, tan fino, se trastornaba, cometía errores.»[7] El dolor agudiza el sentimiento de soledad, fuerza al individuo a establecer una relación privilegiada con su pena. El hombre que sufre se retira en sí mismo y se aleja de los otros. La impresión de que nadie lo comprende, de que su sufrimiento es inaccesible a la compasión o al simple entendimiento del prójimo, contribuye a acentuar esta tendencia. El dolor es una experiencia forzosa y violenta de los límites de la condición humana, inaugura un modo de vida, un encarcelamiento dentro de sí que apenas da tregua. «Mi dolor abarca todo el horizonte, lo llena todo», añadió Daudet; pone los nervios a flor de piel, una mínima molestia, un ruido, una contrariedad, alcanzan proporciones que dejan atónita a la gente que nos rodea; perturba la percepción del tiempo e invade los hechos del día, convirtiendo al hombre en un espectador indiferente, incapaz de interesarse en lo esencial.

Para el doliente el mundo desborda dolor. La ansiedad que nace de tal estado, la impresión de suplicio que implica el riesgo de que no acabe sino con la propia vida, hace la experiencia aún más intolerable. Depresión y dolor crónico se alimentan mutuamente. Apartarse del mundo exterior y replegarse en sí mismo auspician una atención exclusiva a todo cambio corporal,

7. L. Tolstoi, *La muerte de Iván Ilich.*

la amargura relacionada con una vida disminuida tiende a invadir la experiencia entera, a suscitar un pesimismo integral. Todo disgusto físico se sobreestima y percibe como doloroso, aunque ese estímulo deje indiferente a una persona sana.[8] La capacidad de resistencia está claramente reducida. La tortura parece no tener fin, hace recordar con nostalgia dolores de ayer, aunque estén lejos de tener la intensidad de los actuales. «No hay límites para el sufrimiento humano —escribió Katherine Mansfield—. Cuando alguien piensa: "Ahora que he tocado fondo no puedo caer más bajo", he ahí uno que se hundirá más todavía. Y así, sucesivamente, sin término. El año pasado, en Italia, pensaba: "Una sombra más y esto será la muerte." Pero este año ha sido tan terrible que pienso con afecto en la *casetta**.»[9]

El alivio, si es posible algún día, borra el desamparo. El individuo reencuentra los hábitos de la existencia que las horas o los días precedentes habían impregnado de sufrimiento. Liberado de la capa de plomo que pesaba desde meses o años, experimenta a veces este momento como un renacer, el retorno maravilloso a la vida «ordinaria». El dolor se disipa en sus recuerdos, y únicamente persiste la experiencia de un horror insoportable, cuyo contenido ya no tiene sentido. Henri Michaux, por ejemplo, habla de la relación confusa que entabla con el dolor a través del que él siente. «Las tan difíciles relaciones que hay que establecer con el sufrimiento y con toda nueva sensibilidad, he ahí lo que no consigue el enfermo, su verdadero sufrimiento, el sufrimiento en el sufrimiento, su fracaso, y he ahí también que, como aguardando mejores tiempos, dependiendo estúpidamente del futuro, olvidará aquello que lo amargaba, y se volverá incapaz de evocar ese dolor que, sin embargo, parecía tan importante, que lo llenaba todo.»[10]

El *dolor total* señala el momento en que el individuo ya no está unido al mundo más que por la irrupción de su dolor; sus sensaciones o sentimientos están inmersos en un sufrir que lo envuelve por completo. «Siento una fatiga inmensa, sobrehumana; la idea de cambiar de posición en mi cama me parece una empresa agobiante. Cada parcela de mi cuerpo duele, está despedazada, golpeada», escribió René Allendy poco antes de morir de una nefritis. Una semana después, añadió: «Las costillas me duelen cada vez más, siento los miembros más aplastados, las piernas más pesadas. Siento en mi boca gusto a ceniza, mi tos esputa vahos como de amoníaco [...] Regresar a esta piel dolorosa, húmeda, malsana, me parece una operación tan horrible como para el soldado presa del cansancio ponerse unas ropas mojadas, sucias, malolientes, que se han vuelto demasiado raídas o estrechas, difíciles de soportar.»[11] El dolor total suele acompañar los últimos días de vida de las personas afectadas de cáncer o sida. Tiende a ser continuo y a acentuarse, hasta conducir a una angustia sin tregua. No es heraldo de ninguna curación

8. B. Havaux; A. Stenuit y A. Violon, «Étude du seuil douloureux chez le sujet normal et le sujet douloureux chronique», *Revue Médicale de Bruxelles*, n.º 4, 1983.

* En italiano, *casetta* significa «casita» pero suena muy parecido a *cassetta*, «caja, ataúd y botiquín». *(N. del t.)*

9. K. Mansfield, *Diario*.

10. H. Michaux, *Face à ce qui se dérobe*, Gallimard, París, 1975, p. 10.

11. R. Allendy, *Journal d'un médecin malade*, Piranha, París, 1980, pp. 41-62.

pero sí de la progresión ineluctable de la enfermedad y plantea la angustia de la muerte inminente. Cada avance del dolor es una pérdida de la soberanía del individuo y señala el camino evidente hacia el fin. «Que fuese la tarde o la mañana, domingo o viernes —escribió Tolstoi—, siempre era lo mismo para Iván Illich: el siempre vago dolor que no afloja un instante, la sensación de la vida huyendo inevitable, pero todavía no exhausta por completo, la muerte terrible, detestable, aproximándose, la única realidad, y siempre la misma mentira.»[12] Deshilvanado, puntual, tiende a transformarse en los últimos momentos de la enfermedad en un dolor absoluto que aniquila al sujeto y sólo le deja una consciencia residual. La vida ha dejado de tener el menor interés; acurrucado en su infierno, el individuo desea morir lo antes posible, y a veces así lo solicita al médico.

El aplacamiento farmacológico del dolor total plantea graves interrogantes éticos para el paciente, ya que el procedimiento utilizado compromete la calidad de los últimos momentos de la existencia y la relación con los suyos; determina la calidad de la muerte. Cuando el dolor toma cuerpo, aplacarlo reclama mayores esfuerzos del medio y dosis masivas de antálgicos para romper el círculo infernal de una dominación que convoca en la memoria la inminente llegada de otra aún mayor. La experiencia muestra que la torpeza o la timidez para curar el dolor o prevenir su aparición son la causa de una viva ansiedad que envenena los últimos momentos de la existencia. Inyecciones de morfina aplicadas sin método o mal sincronizadas son rápidamente desbordadas por olas de dolor y dejan al aquejado en la penosa espera de un rápido alivio. Algunos enfermos llegan al fin de su vida hostigados por este ciclo. El dolor se recrudece por el sentimiento de dependencia que comporta: «Llamo a la enfermera diciéndole que sufro; me dice "ya voy" y no viene. Esto aumenta el sufrimiento», dice un hombre agonizante. Con inyecciones regulares se esfuerzan en prevenirlo y en controlar las inopinadas recurrencias del dolor. Alquimia difícil de llevar a la práctica a causa de la frecuente subestimación de la intensidad dolorosa por parte del personal sanitario, los temores de los médicos a provocar trastornos secundarios o la dependencia de una sustancia. Por el contrario, a veces, los equipos hospitalarios emplean dosis masivas de analgésicos que aniquilan la consciencia del individuo, el disfrute de los últimos momentos de su existencia, y frustran a los allegados el último contacto. «Se piensa que no existe solución intermedia entre dejar al paciente sufrir y administrarle un sedante fuerte. El médico, creyendo que es imposible calmar el dolor sin alterar el conjunto de percepciones sensoriales, acepta esta alternativa como inevitable.»[13] Se neutraliza la consciencia del sujeto para que no sufra más, pero, pese a la buena conciencia médica, el remedio rebasa el mal, ya que simultáneamente suprime la lucidez, la comunicación y las relaciones con los demás. En estos casos el enfermo, sumido en el entumecimiento, en sus últimas horas de existencia, muere inconsciente, privado de un último contacto con sus seres queridos, y alimentando así la culpabilidad de éstos. La elección de un trata-

12. L. Tolstoi, *op. cit.*

13. C. Saunders y M. Baines, *La vie aidant la mort*, Medsi, París, 1986, p. 33.

miento responde sobre todo a una moral implícita, a una visión del hombre.[14] No deja indemne la responsabilidad del médico o del equipo hospitalario, en particular cuando el ser humano no es más que dolor y la muerte avanza a grandes pasos. Morales opuestas se enfrentan a su cabecera según los servicios y las sensibilidades éticas que concurran.

Otras maneras de tratar los sufrimientos terminales resultan más afortunadas porque respetan la conciencia hasta el último aliento. Los cuidados curativos ceden su lugar a los paliativos, centrados en la comodidad del paciente: se combaten sus dolores o pesares, se crea un clima tranquilo a su alrededor, se fomenta la presencia de los allegados alrededor de su cama, se le acompaña de manera conveniente hacia la muerte. «La finalidad no es curar al enfermo —escriben C. Saunders y M. Baines—, sino permitirle que viva al máximo de sus posibilidades, y asegurarle tanto la comodidad y la actividad en el plano físico, como garantizar las relaciones personales hasta la muerte.»[15] A semejanza de la política de cuidados inaugurada por el equipo del hospital Saint Christopher en Gran Bretaña, ciertos servicios acogen pacientes terminales y con el objeto de preservar su dignidad y su lucidez se dedican a suprimir el dolor; incluso favorecen una reactivación de su autonomía, al preferir la vía oral para tomar los analgésicos a cualquiera no digestiva, y permitir de ese modo que el paciente tome la iniciativa.

14. El vasto tema de los tratamientos del dolor supera el marco de esta obra, cf. R. Melzack y P. Wall, *op. cit.*, pp. 167 y ss.; F. Boureau, *Pratique du traitement de la douleur*, Douin, París, 1988; *Contrôlez votre douleur*, Payot, París, 1990.

15. C. Sanders y M. Baines, *op. cit.*, p. X.

La ofensiva terminal del sufrimiento plantea la delicada cuestión de la eutanasia. El deseo de morir se intensifica si el enfermo tiene la impresión de que su existencia sólo se da en función de su dolor, y que los penosos cuidados soportados lo prolongan sin que pueda ejercer la menor soberanía sobre el resto de vida que le queda. A largo plazo, esta elección suele derivar en decisiones estoicas. Saber morir no es menos esencial que saber vivir. En ocasión de su primer contacto con Max Schur, que sería su médico particular, Freud se dirigió a él con estas palabras: «Prometedme una cosa: que cuando llegue el momento no me dejaréis sufrir inútilmente.» Once años más tarde, consumido por el cáncer, Freud recordó el compromiso a su médico: «Mi querido Schur, usted recuerda nuestra primera conversación. Me prometió no abandonarme cuando llegara el momento. Ahora esto no es más que una tortura que no tiene sentido.»[16] Freud abandonó la existencia acosado por su dolor, pero por decisión propia, con los ojos abiertos. Un sentimiento de insignificancia personal se apodera del enfermo cuando se vuelve (o se cree) una carga para su familia o el equipo sanitario. Su relación con el mundo pierde todo valor; a menudo se plantea el tema de la dignidad, ya sea porque el enfermo no tolera su dependencia respecto a los otros en los más insignificantes gestos de la vida —además del dolor que experimenta—, ya sea por la indiferencia o las molestias, la irritación que siente a su alrededor. La dignidad no es un estado, sino una relación social que no tolera la menor vacilación del equilibrio entre el afecto que uno

16. M. Schur, *La mort dans la vie de Freud*, Gallimard, París, 1975, pp. 484-485 y 622.

siente por sí mismo (autoestima) y la confirmación de los demás. El dolor quita el interés por el mundo y alimenta en el enfermo el sentimiento de ser una carga para el otro, de manera definitiva si su estado o su edad no conceden esperanza alguna. Alimentado por el dolor, el deseo de morir tiende a volverse irresistible y a suscitar una petición expresa al médico o a las enfermeras, o bien se traduce en el suicidio o en el rechazo obstinado a dejarse curar. La penosa impresión de existir en los dominios de la muerte reclama la búsqueda de la muerte para poder existir.

Numerosas observaciones demuestran que la solicitud de la eutanasia nace de la renuncia vital de un enfermo cuyos últimos días carecen de significado, privado del reconocimiento de los otros, enfrentado a la indiferencia y la reprobación del personal sanitario, sin que su dolor sea tenido en cuenta lo bastante. Nada otorga valor a una existencia que el enfermo considera residual, y hasta «indigna». La compañía, sin embargo, arrancando al individuo de su soledad, desactiva el deseo de morir y restablece el valor de la existencia. La experiencia de los seres queridos alrededor del lecho de los enfermos prueba las variaciones que de esa manera se ejercen sobre el sufrimiento, que a veces puede llegar a desaparecer. El alivio del dolor, si es posible, se refuerza con la calidad de la presencia de quienes rodean al enfermo, y con una atención alerta y amable. En los últimos momentos de la existencia el tratamiento médico no es suficiente si el individuo se abandona a la rutina de los cuidados. Sólo el rostro de un allegado permite habitar con gusto las últimas horas de la vida, manteniendo el valor del mundo.

Lo incomunicable

La imposibilidad de nombrar o de comentar las condiciones de sufrimiento que nos vuelven ajenos a los acontecimientos de la vida nos trae la imagen de una muerte inserta en la existencia. «Aquel otoño —dice Kostoglotov, el personaje de Solzhenitsin— aprendí que el hombre puede traspasar la línea que lo separa de la muerte permaneciendo en un cuerpo todavía vivo. Todavía hay en usted, en alguna parte, sangre que corre, pero psicológicamente, ya ha pasado por la preparación que precede a la muerte, ya ha vivido la muerte.»[17] El desarraigo que es la muerte responde al desarraigo de la existencia que es el dolor. El fastidio es vivir uno mismo sin vivir en sí con plenitud. El dolor impone una pérdida de uno mismo, es como una pequeña muerte en el núcleo vital del sujeto. En este sentido, como señala con fuerza Montaigne, se trata de una experiencia propicia para educar al hombre en la aceptación de su precaria condición. «El efecto del dolor no tiene tan áspera y punzante acritud como para que un hombre endurecido desemboque en la rabia y el desespero. Al menos cuento con el beneficio del cólico —y no es que tenga poco encima— para reconciliarme por completo y acomodarme a la muerte, ella lo perfeccionará; ya que cuanto más me persiga e importune, tanto menos temible me resultará la muerte.»[18] El dolor rompe las fronteras del hombre, lo confunde con el espanto, en el cual pensar en la muerte es probar su sabor por anticipado; lo sumerge en un desco-

17. A. Solzhenitsin, *op. cit.*
18. Montaigne, *Ensayos*, t. II, cap. 37.

nocimiento que trocea el lenguaje y libera la angustia. «El dolor en sí mismo —escribe E. Levinas— comporta una especie de paroxismo, como si algo aún más desgarrador que el sufrimiento se fuera a producir, como si a pesar de toda la imposibilidad de retroceso que es el sufrimiento, todavía quedara espacio para un acontecimiento, como si aún fuera necesario inquietarse por algo, o estuviéramos en víspera de un acontecimiento que seguirá al que ya ha hecho su aparición con el sufrimiento.»[19]

Cuando el dolor perdura infinitamente en su horror cotidiano, es como un avance de la muerte, y si no suscita el deseo de morir realmente, comporta la resolución de aceptar el sacrificio de un miembro o la ablación de un órgano para reencontrar al fin la calma del cuerpo. «Diomka no era ya la misma —escribió Solzhenitsin—, tenía dolores en la pierna, y retortijones que nada conseguía calmar, ya no le era posible dormir, no podía hacer nada, y debía apretar los dientes para no alarmar a los vecinos con sus gritos. Estaba tan en las últimas que ya no sabía qué hacer, su pierna no le parecía una cosa preciosa y vital, sino un maldito estorbo, del cual era necesario desembarazarse con la mayor rapidez y el menor sufrimiento posibles. Y la operación en la cual un mes antes veía el fin de su vida, le parecía ahora una salvación.»

Dar una parte de sí para que el dolor se retire es una manera simbólica de recortar el peso de muerte que obstaculiza la vida. Al final, la negociación simbólica se acepta con impaciencia. Cuando el dolor se adhiere a la piel hasta ese punto es necesario sacrificar la piel para pagar de una vez todo el precio del dolor; para continuar viviendo pese a todo, conviene hacer una inmolación, una ofrenda a la muerte.

19. E. Levinas, *Le temps et l'autre*, PUF, París, 1983, p. 56.

La sensación de dolor, parcialmente señalada en las ciencias humanas, los testimonios literarios, y sobre todo los de enfermos o heridos, es en primer lugar un hecho íntimo y personal que escapa a toda medida, a toda tentativa de aislarlo o describirlo, a toda voluntad de informar a otro sobre su intensidad y su naturaleza. El dolor es un fracaso del lenguaje.

Encerrado en la oscuridad de la carne, se reserva a la deliberación íntima del individuo. Lo absorbe en su halo o lo devora como una fiera agazapada en su interior, pero dejándolo impotente para hablar de esa intimidad atormentadora. Incomunicable, no es el continente cuya tangible geografía pudieran dibujar los exploradores más audaces. Ante su amenaza, el rompimiento de la unidad de la existencia provoca la fragmentación del lenguaje. Suscita el grito, la queja, el gemido, los lloros o el silencio, es decir, fallos en la palabra y el pensamiento; quiebra la voz y la vuelve desconocida. Lleva al rostro una tonalidad amarga, crispada. Mímicas específicas, y socialmente identificables, crispaciones, ejemplifican el ir y venir del dolor intenso y la cerrazón al mundo. El cuerpo se postra en una inmovilidad o una actitud antálgica que hace que sea difícil mantener la atención en los otros sin un enorme esfuerzo de voluntad. «En la calma habitación, en apariencia también yo estaba tranquilo —escribe H. Michaux—. En silencio tragaba mi bocado de dolor ante las miradas (un tanto fastidiadas) de aquellos que tenían algo mejor que llevarse a la boca. Me hablaban.

Amigos sin duda. Yo, en el infierno, ellos fuera. Nunca era del todo igual.»[20]

El dolor crea una distancia por cuanto sumerge en un mundo inaccesible a todos los demás. Sufrir como el otro no es suficiente para disipar el alejamiento y establecer un destino común, porque el dolor aísla y retiene a cada cual en sus garras. Los gritos del doliente son incluso intolerables para sus seres queridos, minan el vínculo social y autorizan el abandono, el rechazo fuera del círculo colectivo. Epicteto, el compañero de Ulises, fue abandonado sin empacho en la isla de Lemos. «No podíamos hacer en paz una libación o un sacrificio: agobiaba el ejército entero con ininterrumpidos y siniestros clamores, gritando, gimiendo...»,[21] así se justifica Ulises cuando vuelve junto a Neptolemo diez años más tarde, no para liberar al desgraciado tras un tardío arrepentimiento, sino para convencerle de que se una a sus tropas con el fin de conquistar Troya según las predicciones del adivino Helenos.

Cuando el dolor sobreviene se quiebra la antigua identidad. Cuanto más aumenta, más fuerte es el grito, y opone al caos orgánico una destrucción del lenguaje querida por el propio enfermo. El dolor asesina la palabra. Filoctetes, víctima de un ataque de su enfermedad, anuncia al joven Neptolemo que no puede disimular su estado y disolverlo en la discreción. Toda continencia se borra de repente y sólo deja a la muerte implorando: «Oh, oh, me traspasa... ¡Ah, desgraciados, tened piedad de mí! Hijo mío, estoy muerto; hijo mío, soy devorado; ¡Ay, ay! Oh, oh! En el nombre de los dioses, hijo mío, si

20. H. Michaux, *op. cit.*, p. 69.
21. Sófocles, *Filoctetes*.

tienes una espada a tu alcance, golpea, **córtame el pie** cuanto antes.» Interjecciones, repeticiones..., los **ramalazos** del dolor gangrenan el lenguaje. «Oh Tierra, **acógeme** en mi muerte, tal como estoy. El mal que me agobia ya no permite levantarme.» Filoctetes cae al suelo en una especie de coma. El grito encuentra por fin la calma del silencio, pasando así de un lugar de disolución al otro.

Las metáforas propuestas al médico o a quienes le rodean, la riqueza adjetiva de las palabras procuran aislar con pequeñas pinceladas los destellos de un dolor cuya imagen es la insuficiencia del lenguaje. «Es como si me pegaran cuchilladas» o «me dieran mordiscos». Pero quien formula estas imágenes aproximativas no ha recibido navajazos ni ha sido mordido por un perro. Retoma el empleo de metáforas convertidas en tópicos expresivos que acaban por organizar otra experiencia informulable a su manera; recurso a menudo suficiente para alertar al médico acerca del posible diagnóstico. El impresionismo de las descripciones delimita un campo patológico virtual.

La evaluación del dolor se basa esencialmente en las declaraciones del paciente y en la intuición del médico o los allegados. Si ciertos signos no nos engañan, un dolor, aunque cruel, expuesto por el individuo, no resulta siempre evidente para los testigos. Incluso su realidad suscita a veces sospechas que acentúan el sufrimiento experimentado. Numerosos enfermos realizan esta experiencia con su médico o los equipos sanitarios. El dolor no tiene la evidencia de la sangre derramada o del miembro roto, exige una minuciosa observación o la confianza en la palabra del enfermo. No se prueba, se siente. En este sentido acusa un rasgo de la condición humana que la inclusión en la sociedad se esfuerza por

negar: la soledad, o más bien la enfermedad en sí. Quebrado, el hombre doliente suele padecer el drama de que su dolor no se reconozca o su intensidad se ponga en duda. Y no puede aportarse ninguna prueba de la sinceridad de un suplicio subterráneo e invisible a la mirada. Aunque el hombre afirme la intensidad de su dolor, sabe por adelantado que nadie la puede sentir en su lugar, o compartirla con él. «Si yo puedo representarme el dolor que siento, si el prójimo también puede hacerlo, o si decimos que podemos hacerlo, cómo podemos verificar si hemos representado correctamente este dolor, y con qué grado de incertidumbre —escribió Wittgenstein—. Puedo saber sin duda que N. sufre, pero no sé hasta qué punto —añade el filósofo—. He aquí algo que él sabe, pero de lo que no me informan las manifestaciones exteriores del dolor, algo puramente privado.»[22] Las palabras se disgregan para nombrar una realidad inaprensible a pesar de sus angustias en los repliegues de la carne. Para comprobar la intensidad del dolor del otro es necesario convertirse en el otro. La distancia entre cuerpos, la necesaria separación de las identidades, hace imposible la penetración en la conciencia dolorosa del otro, inserto en su enfermedad igual que en su libertad y en su persona. «Estoy angustiado, soy dolor. La angustia todavía puede expresarse, acuñarse en forma de síntoma, matizarse en representaciones y fantasmas, o liberarse en la acción. Aunque [la angustia] sea contagiosa; el dolor, es sólo suyo.»[23] Para conocer la violencia del fuego es necesario haber-

22. W. Wittgenstein, *Fiches*, Gallimard, París, 1970, p. 139.
23. J.-B. Pontalis, *Entre le rêve et la douleur*, Gallimard, París, 1977, pp. 261-262.

se quemado. No obstante, perdura la impotencia para conocer la proporción del sufrimiento de otro que también se ha quemado. Si la quemadura, por ejemplo, crea un destino común, no sustrae al sujeto de la soledad de su dolor, y de sentir que sólo él sufre hasta ese punto. No hay duda de que el hombre nunca está tan solo como cuando es presa del dolor.

Puesto que éste no se deduce con facilidad de una afección o una molestia, que varía según los individuos, y escapa a la investigación médica, se han puesto en práctica ciertas tentativas para evaluar con rigor su intensidad y naturaleza. ¿Cómo ir desde lo inasible de la consciencia lesionada a una medida relativa cuya referencia se impone para seguir la evolución de una patología o evaluar las incidencias de una medicación analgésica? La clínica se sirve de diversas medidas. Escalas unidimensionales: la escala visual analógica (EVA) representa una línea horizontal de 100 milímetros. El extremo izquierdo marca la ausencia de dolor y el derecho el dolor máximo. El paciente traza un signo para indicar la intensidad actual del que experimenta. La medición se efectúa así al milímetro. En la escala numérica (EN) el paciente da una nota desde 0 (ausencia de dolor) hasta 10 (o 100, extremo de la intensidad). Son escalas de utilización rápida y cómoda para evaluar los efectos de un analgésico, pero limitadas, ya que sólo consideran el factor intensidad. Existen otras herramientas para afinar la evaluación a partir del terreno del enfermo, valorando sus palabras, y solicitando su voluntad de precisión. El cuestionario Mac Gill,[24] por ejemplo, permi-

24. R. Melzack y P. Wall, *op. cit.*, pp. 34 ss.

te una evaluación del dolor que tenga en cuenta su calidad y su intensidad. Ingenioso, ofrece una lista de 78 temas repartidos en 20 grupos que proponen escoger entre varios términos. Las diez primeras clases enumeran las características sensoriales (temblores, escalofríos, pulsaciones, pinchazos, retortijones, etc.); las cinco siguientes, características afectivas (fatigante, agotador, espantoso, intenso, horrible, intolerable, etc.); las otras tres clases reúnen caracteres diversos. Los resultados, calculados según las respuestas de los enfermos, evalúan con perspicacia el sufrimiento. Una especie de sismógrafo íntimo traduce el impacto de la terapéutica en el estado del enfermo. Un halo de palabras tomadas del lenguaje corriente, próximos a su experiencia, recubre el halo de dolor. La proyección de sentidos que se opera de este modo apuesta a una suma de términos insuficientes en sí, pero cuya suma y combinación, a la manera de un negativo que se revela, circunscribe poco a poco una perturbación de otro modo inaprehensible.

Palabra tras palabra, el dolor resulta en parte tamizado. ¿Pero su virulencia está contenida en los 78 puntos del cuestionario? Al nombrarlo, el lenguaje hace trampas al mundo. El dolor expresado nunca es el dolor vivido. «La más simple colegiala —escribe Virginia Woolf—, cuando se enamora dispone de Shakespeare o de Keats para expresar sus turbaciones. Pero dejad a un hombre que padece intentar describir sus dolores de cabeza a un médico, y el lenguaje huye... Apresando su dolor en una mano, y una masa de sonidos en bruto en la otra (como acaso hiciera el pueblo de Babel en sus orígenes) para que de la fusión de ambos surja un nuevo vocablo.»[25] El hombre se empeña en desbaratar la impotencia del lenguaje. Y el dolor es uno, cautivo en la intimidad del ser humano que intenta inútilmente traducirlo para los otros, quienes sólo pueden comprender por defecto, por medio de una traducción que es traición más que nunca.

25. V. Woolf, «On being ill», *Collected essays*, t. IV, Hoggarth Press, Londres, 1967, p. 194.

ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DEL DOLOR

> «El dolor es dos veces doloroso porque es al mismo tiempo un misterio que atormenta.»
>
> F. J. J BUYTENDIJK, *De la douleur*

AMBIVALENCIA DEL DOLOR

El dolor no es un hecho fisiológico, sino existencial. No es el cuerpo el que sufre, sino el individuo entero. El enfoque meramente fisiológico, desarraigado del hombre, determina una medicina tangencial al enfermo.[1] La confusa, y un poco perversa, geografía del dolor muestra cómo la realidad del cuerpo remite a significados inconscientes, sociales, culturales e individuales. El cuerpo vivo del hombre no se limita a los relieves dibujados por su organismo; más decisiva es la manera en que el hombre lo inviste, lo percibe, ya que encarna una estructura simbólica antes de configurar una biología, incluso cuando es un profano quien lo considera desde este ángulo. «El mal es para el hombre bien a su hora. No debe huirse siempre del dolor ni ir siempre detrás del placer», escribió Montaigne,[2] definiendo de esa manera la ambivalencia de la relación del hombre con el mundo. La causalidad fisiológica no puede explicar por sí sola la complejidad de la relación del ser humano con su dolor. Este último responde a causas múltiples, se trama también en una relación inconsciente del sujeto consigo mismo, es una superficie de proyección donde se resuelven tensiones de identidad; trabaja con modelos culturales y se alimenta de costumbres sociales vigentes.

La dimensión ambigua, aunque simbólica, del dolor alimenta síntomas o quejas sin que nada indique un trastorno corporal. Así, numerosos enfermos de los llamados «funcionales» representan un considerable porcentaje de las consultas registradas por los médicos de cabecera, los hospitales o las clínicas. El sufrimiento está allí, pesa sobre la existencia sin que se pueda localizar ninguna lesión orgánica con los sofisticados instrumentos de diagnóstico de la medicina moderna. Suele tratarse de un reclamo, una solicitud de reconocimiento, de atención, que deja atrás un sentimiento personal de insignificancia o soledad,[3] el dolor es indicio de un sufrimiento existencial que resuena en la carne y autoriza socialmente un contacto, un consuelo. Más allá de la

1. «El dolor es algo cotidiano en el cuerpo del hombre y sabemos muy poco de él, denunciaba René Leriche. Ello alude, evidentemente, a la subjetividad del fenómeno, inaprehensible para el observador. Pero quizá también para una medicina que lo ha estudiado en demasía, y exclusivamente, como se hace con las cosas muertas: a través de autopsias y cortes microscópicos [...] En consecuencia, entre la idea que nos forjamos del dolor y su realidad, todavía queda por explorar el margen de los aportes individuales.» *Chirurgie de la douleur*, *op. cit.*, p. 10.

2. Montaigne, *Ensayos*, vol. II.

3. M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, París, 1960.

respuesta terapéutica inmediata que apunta el organismo, el médico o los allegados deben saber investigar el significado de la queja. El dolor está en la vida antes de formar un solo cuerpo con el individuo. El síntoma es una pantalla, el cuerpo un camino para hacer oír una carencia de ser que roe la relación con el mundo. La clínica de niños o ancianos es a menudo reveladora en este sentido. Otras circunstancias favorecen la aparición de unos síntomas que garantes de la autenticidad del dolor. Cuando la sexualidad se vive en la culpabilidad o el disgusto, sobre todo entre los adolescentes, el dolor legitima el miedo de pasar al acto, o traduce la culpabilidad (reglas dolorosas, migrañas, dolores de vientre, etc.), e incluso la duda sobre las capacidades sexuales. De igual modo, puede resultar un refugio que aleja el temor a un cambio percibido más o menos conscientemente como una amenaza para el sentimiento de identidad. Sin saberlo, el individuo apuesta al carácter invalidante del dolor y al respeto que rodea à toda persona aquejada. Pagando el precio de la pena, la privación, la aprehensión, satisface en parte la defensa de sí mismo, evita exponerse a una situación que le sería aún más amarga. La penosa experiencia parece preferible a la renuncia o a la ruptura de un vínculo de identidad. Esta aptitud del hombre para forjar síntomas, para alimentar su dolor, tiene como contrapartida, como veremos a continuación, la eficacia simbólica (efecto placebo) que lo libera desde el momento en que se reúnen las condiciones favorables. Éstas son sobrecogedoras ilustraciones del enraizamiento de la realidad corporal en el núcleo de lo simbólico, es decir, de la relación elemental con el otro.

El disfraz histérico del dolor se exhibe en una obstinada búsqueda de reconocimiento y de amor. Con una

«garbosa indiferencia» o una exuberancia digna del teatro, el individuo hace gala de su dolor. Ya Freud vio el posible viraje de un sufrimiento enraizado en el inconsciente que conforma un compromiso admisible entre el deseo y la moral interiorizada. En un célebre pasaje de *Estudios sobre la histeria*, evoca al enfermo orgánico describiendo con calma su sufrimiento, animado por una preocupación de exactitud cuya importancia para la formulación del diagnóstico conoce. En cambio, el neurasténico se bate contra un lenguaje impotente para dar cuenta de su pena «y si es forzado a interrumpirse, guarda seguramente la impresión de no haber conseguido hacerse comprender por el médico. Esto proviene de que su atención está concentrada en sus propios sufrimientos». Por el contrario, en Elisabeth von R., la joven histérica, Freud comprueba que «si se pellizca la piel o los músculos hiperálgicos o ejerce presión sobre ellos, sus rasgos adoptan una singular expresión de satisfacción más que de dolor. Gritaba —como si sintiera cosquillas voluptuosas, me decía a mí mismo—, se sonrojaba, echaba el torso y la cabeza hacia atrás, cerraba los ojos».[4] El mecanismo de conversión transforma la atracción inconsciente hacia el marido de su hermana en un dolor físico, que «realiza» el deseo bajo una forma lícita. Elisabeth «había creado o agravado su problema funcional mediante la simbolización y, [...] en compensación de su estado de dependencia y su impotencia para cambiar fuera lo que fuese de las condiciones existentes, había encontrado en la astasia/abasia* una manera de

4. S. Freud y J. Breuer, *Estudios sobre la histeria.*

* Problemas de equilibrio (inestabilidad) y de falta de coordinación motriz para andar, tecnicismos médicos derivados de los vocablos griegos *astasia* (inestabilidad) y *a- basis* (caminar). *(N. del t.)*

expresarse. Las frases: permanecer clavado en el lugar, no tener ningún apoyo, etc., sirven de fondo para este nuevo acto de conversión».[5] Elisabeth se siente aliviada, por su dolor y su parálisis, del peso moral de un deseo prohibido, ofrece así una apariencia serena gracias al compromiso entre una satisfacción libidinal socialmente reprobada y un castigo legítimo. «Pero en fin —escriben Freud y Bauer—, ¿qué es lo que se transforma en dolores físicos?» Con prudencia, responderán: «Una cosa que habría podido y debido provocar el nacimiento de un dolor moral.»[6] Por su parte, Cecilia padece una neuralgia facial reacia a los tratamientos médicos, pero que se desata de repente, cuando muy emocionada, cuenta a Freud una escena en que su marido la reprendió hasta el punto de darle «un golpe» terrible. Cuando relataba la conversación se llevó la mano a la mejilla dolorida, para exclamar: «Es como un golpe recibido en pleno rostro.» A partir de entonces la neuralgia desaparece. Freud ofrece abundantes ejemplos de estos incidentes físicos de metáforas del lenguaje corriente. La lengua a veces adquiere cuerpo y alimenta una corriente de dolor. Imágenes comunes informan acerca de la imbricación del dolor y la existencia. Nos podemos sentir «aplastados», «desgarrados», «faltarnos el aire», «tener náuseas», «estar hartos». La plasmación carnal de la palabra se convierte en un sufrimiento experimentado gracias a la histerización del cuerpo.

El hipocondríaco vive en otro tipo de sufrimiento. Se lamenta de males insidiosos que le confirman una identidad provisional. Consulta al médico para atestiguar su buena fe y convalidar sus quejas respecto a un cuerpo desgraciado, sin unidad, delimitado por órganos distintos los unos de los otros, refugio de obstinadas enfermedades. El hipocondríaco cuenta con el conocimiento médico y elabora con él tomando el cuerpo como tema. Un movimiento pendular lo lleva desde la consulta desesperada al médico por su estado de salud a una obligada decepción ante los tratamientos recibidos. La hipocondría implica la compleja vivencia de un cuerpo constituido por elementos unidos mediante sensaciones dolorosas o penosas de las cuales el sujeto es el ingenioso e infatigable inventor. La imposibilidad de juntar los órganos, de conformar en sí mismo la unidad, engendra la preocupación por los componentes, una manera de aprehenderse a sí mismo por defecto. Este investimiento* al alcance del individuo toma el cuerpo doloroso como su único objeto. A los ruidos del mundo antepone la atención exclusiva a las sensaciones corporales: palpitaciones, ahogos, picores, vértigos, trastornos intestinales, todos son indicios donde cree percibir el solapado avance de las enfermedades. Para él, el mundo exterior es secundario o insignificante. El sufrimiento se transforma en camino de acceso al ser, en la manera elegida de instalarse físicamente en el mundo.

Con frecuencia, hombres separados de su medio de origen, aislados (inmigrantes, exiliados, obreros o em-

5. *Ibidem.*
6. *Op. cit.*, p. 132.

* Neologismo psicoanalítico freudiano lacaniano, derivado del vocablo francés *investissement* en cuyo origen significa la acción de *investir* (de un poder o de una dignidad: cast: *investidura*) y al mismo tiempo la del verbo castellano *invertir*, y su acción: *inversión* (de capitales, por ejemplo). Los traductores de Jacques Lacan inventaron el vocablo para referirse a la operación psíquica mediante la cual un sujeto *inviste* de una *realidad* singular (realidad para sí) a un objeto u a otro sujeto. Cf. Jacques Lacan, *Écrits*, París, Éd. du Seuil, 1966. *(N. del t.)*

pleados trasladados de una región a otra), después de un accidente laboral se quejan de la persistencia de sus dolores a pesar de haber concluido los tratamientos médicos, y de la convicción de los facultativos de que «no tienen nada». Aunque al médico le alegre decir a su paciente que los exámenes demuestran su buena salud, con frecuencia no ocurre lo mismo en aquel que continúa agobiado por el sufrimiento. De la misma manera que el mapa no es el territorio, el examen no es el hombre, y el paciente se resiste a no ser comprendido, o se rebela contra la impotencia del médico para descifrar el contenido de sus molestias. Reclama un nombre para su enfermedad, un alivio para sus penas. Las palabras tranquilizadoras del médico son dolor suplementario que le enfrenta al sin sentido. Si sufre, algo tiene, cómo pueden decirle que «no tiene nada», si no es para poner en duda su palabra, negar la realidad de los dolores que padece, interrumpiendo su búsqueda de sentido con el objeto de recuperar el gobierno de su destino. Al mantenerse en un enfoque organicista estricto y convencional, mirando las hojas procedentes de los exámenes y no el rostro del hombre que sufre, el médico, sin saberlo, contribuye a cristalizar con creces su dolor. Estos pacientes corren entonces de un hospital o de un médico a otro con el montón de radiografías y certificados médicos bajo el brazo sin recibir jamás la respuesta esperada. Su existencia se transforma en una búsqueda desesperada del reconocimiento de un dolor o una lesión que la medicina no identifica en el plano anatómico fisiológico. La sospecha de problemas psiquiátricos acentúa todavía más el sufrimiento de estos enfermos, convencidos de ser víctimas del desprecio o de una injusticia. La disociación entre medicina (ciencia del cuerpo enfermo) y la

psiquiatría (¿ciencia del resto?), dualismo heredero de la historia médica, divide al hombre en un cuerpo añadido a un espíritu. Fragmentado, el enfermo pierde la posibilidad de que se reconozcan sus dolores, nadie pierde tiempo en escucharlo e investigar el significado de sus quejas. Los servicios médicos o sociales, incapaces de ayudarlo, se las devuelven. Esta impotencia para comprender exacerba un sufrimiento que se ha convertido en apuesta de identidad, signo insistente de una buena fe puesta en duda al alcance del individuo toma el cuerpo doloroso como su único objeto. A los ruidos del mundo antepone la atención exclusiva a las sensaciones corporales: palpitaciones, ahogos, picores, vértigos, trastornos intestinales, son otros tantos indicios donde cree percibir el solapado avance de las enfermedades. Para él, el mundo exterior es secundario o insignificante. El sufrimiento se transforma en camino de acceso al ser, en la manera elegida de instalarse físicamente en el mundo.

Con frecuencia, hombres separados de su medio de origen, aislados (inmigrantes, exiliados, obreros o em-pleados trasladados de una región a otra), después de un accidente laboral se quejan de la persistencia de sus dolores a pesar de haber concluido los tratamientos médicos, y de la convicción de los facultativos de que «no tienen nada». Aunque al médico le alegre decir a su paciente que los exámenes demuestran su buena salud, con frecuencia no ocurre lo mismo en aquel que continúa agobiado por el sufrimiento. De la misma manera que el mapa no es el territorio, el examen no es el hombre, y el paciente se resiste a no ser comprendido, o se rebela contra la impotencia del médico para descifrar el contenido de sus molestias. Reclama un nombre para su enfermedad, un alivio para sus penas. Las palabras

tranquilizadoras del médico son dolor suplementario que le enfrenta al sin sentido. Si sufre, algo tiene, cómo pueden decirle que «no tiene nada», si no es para poner en duda su palabra, negar la realidad de los dolores que experimenta, interrumpiendo su búsqueda de sentido con el objeto de recuperar el gobierno de su destino. Al mantenerse en un enfoque organicista estricto y convencional, mirando las hojas procedentes de los exámenes y no el rostro del hombre que sufre, el médico, sin saberlo, contribuye a cristalizar con creces su dolor. Estos pacientes corren entonces de un hospital o de un médico a otro con el montón de radiografías y certificados médicos bajo el brazo sin recibir jamás la respuesta esperada. Su existencia se transforma en búsqueda desesperada de reconocimiento de un dolor o una lesión que la medicina no identifica en el plano anatómico fisiológico. La sospecha de problemas psiquiátricos acentúa todavía más el sufrimiento de estos enfermos, convencidos de ser víctimas del desprecio o de una injusticia. La disociación entre medicina (ciencia del cuerpo enfermo) y la psiquiatría (¿ciencia del resto?), dualismo heredero de la historia médica, divide al hombre en un cuerpo añadido a un espíritu. Fragmentado, el enfermo pierde la posibilidad de que se reconozcan sus dolores, nadie pierde tiempo en escucharlo e investigar el significado de sus quejas. Los servicios médicos o sociales, incapaces de ayudarlo, se las devuelven. Esta impotencia para comprender exacerba un sufrimiento que se ha convertido en apuesta de identidad, signo insistente de una buena fe puesta en duda.[7]

7. Por ejemplo, Jalil Bennani, *Le corps suspect*, París, Galilée, 1980. Véase también S. Ferenczi, «Psychanalyse des névroses de guerre», *Psychanalyse III* (1919-1926), Payot, París, 1974.

Pero si el médico deja de buscar las causas orgánicas que en apariencia no existen y acepta participar en el intercambio, si se presta a la búsqueda de sentido que anima al paciente, puede llegar al origen del sufrimiento o del dilema de identidad. El ejemplo de Malika ilustra de manera arquetípica este proceso. Se trata de una mujer joven, marroquí, casada y madre de varios niños; habla bien el francés; sufre fuertes cefaleas por las que se ha sometido a diversos tratamientos, en vano. No obstante, regresa a la consulta del hospital con la misma queja. El médico que la recibe le recuerda el fracaso de los atenciones precedentes. No obstante, ante la angustia de la joven, intenta llegar más lejos. Le pregunta si no advierte una relación entre sus dolores de cabeza y el hecho de que ella sea de origen marroquí y haya sido desligada de sus raíces. «No —responde la paciente con energía—, esto son *emigrañas*... Parece vacilar, al tomar súbita conciencia del lapsus cometido. Sin saberlo, ha hecho brotar un significado del que no quería hablar. Suelta una carcajada, a la que se suma el médico (y nosotros, observadores). Y la connivencia así creada libera la palabra. «Hay gente que no me aprecia, donde vivo, en mi pueblo.» Malika habla entonces de un morabito que sin duda podría resolver la situación. Le gustaría ir a hablar con él. El médico la incita a hacerlo. Malika llegó a la consulta con un rostro circunspecto, taciturno, y pudo marcharse risueña. Para expresar su dificultad de encontrarse en la confusión de sus dos referencias culturales (y sin duda de otras fuentes de malestar que no fueron objeto de consulta), Malika usa un modelo de mala conducta propia de la sociedad de su infancia. Pero su problemas no pueden identificarse de acuerdo con el paradigma anatómico fisiológi-

co de la medicina occidental. Malika, bien integrada en la sociedad francesa, se adhiere a la racionalidad médica y no puede comprender que los facultativos fracasen a la hora de aliviar unos dolores para ella tan fácilmente identificables. De ahí su obstinación, pero en el recodo de un lapsus surge la ambivalencia: la aculturación francesa no ha borrado sus primeras referencias culturales. Sin saberlo, Malika acudió al médico para solicitarle la autorización de regresar a su pueblo y ver al curandero tradicional. La reconciliación con unos valores que considera caducos tiene lugar a través de la palabra de un representante oficial de la racionalidad médica. A través de este reconocimiento, la ambivalencia de Malika desaparece, al fin puede encarar este recurso sin temor, sin reservas mentales. El médico ha establecido un puente entre las identidades fragmentadas de Malika apaciguando el conflicto desencadenado en ella, entre dos sistemas de referencias, dos fidelidades que consideraba opuestas que sin duda podría resolver la situación. Le gustaría ir a hablar con él. El médico la incita a hacerlo. Malika llegó a la consulta con un rostro circunspecto, taciturno, y pudo marcharse risueña. Para expresar su dificultad de encontrarse en la confusión de sus dos referencias culturales (y sin duda de otras fuentes de malestar que no fueron objeto de consulta), Malika usa un modelo de mala conducta propia de la sociedad de su infancia. Pero su problemas no pueden identificarse de acuerdo con el paradigma anatómico fisiológico de la medicina occidental. Malika, bien integrada en la sociedad francesa, se adhiere a la racionalidad médica y no puede comprender que los facultativos fracasen a la hora de aliviar unos dolores para ella tan fácilmente identificables. De ahí su obstinación, pero

en el recodo de un lapsus surge la ambivalencia: la aculturación francesa no ha borrado sus primeras referencias culturales. Sin saberlo, Malika acudió al médico para solicitarle la autorización de regresar a su pueblo y ver al curandero tradicional. La reconciliación con unos valores que considera caducos tiene lugar a través de la palabra de un representante oficial de la racionalidad médica. A través de este reconocimiento, la ambivalencia de Malika desaparece, al fin puede encarar este recurso sin temor, sin reservas mentales. El médico ha establecido un puente entre las identidades fragmentadas de Malika apaciguando el conflicto desencadenado en ella, entre dos sistemas de referencias, dos fidelidades que consideraba opuestas.[8] Sin duda no ha solucionado todas sus tensiones, pero se ha convertido en protagonista de su historia, ya no es objeto pasivo sufriente.[9] Su rostro sereno al salir del establecimiento nos permite pensar que quizá no tiene otra necesidad que consultar al curandero de su pueblo.

Otros disfrutan con el dolor en ciertas circunstancias, lo buscan como un manjar refinado o un yacimiento inagotable de placer. En él encuentran la compensación de una conducta pasada o presente, de una manera de vivir que los hace sentir culpables, o reviven una experiencia de su infancia marcada por una turbia felicidad. El masoquista está buscando un goce que paradójicamente le exige poner en peligro la integridad física: palizas, golpes, heridas, latigazos, escarificaciones,

8. P. Bagros y D. Le Breton, «Les émigraines: interculturalité et anxieté à l'hopital», *Le Journal des Psychologues*, n.º 73, 1989.

9. Remitimos a los interesados en este tema a los trabajos de Tobie Nathan, sobre todo a *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, París, 1993.

etcétera «Las sensaciones de dolor —escribió Freud—, como otras sensaciones desagradables, desbordan sobre el dominio de la excitación sexual y producen un estado de placer.»[10] La erotización del dolor tiene como contrapartida su reverso sádico, que consiste en experimentar placer por identificación con las torturas infligidas al otro. Pero fuera del delimitado espacio de su imaginación, el masoquista sufre como el resto de los mortales.

La neuralgia del trigémino o las cefaleas de tensión, las migrañas o los dolores de espalda incurables, son ejemplos clásicos de dolores lacerantes que no responden a ninguna causa fisiológica reconocible. Lesiones a consecuencia de accidentes, incluso a veces heridas de poca importancia, continúan provocando terribles sufrimientos después de su curación.[11] Los dolores que afectan a los miembros fantasmas, ausentes, muchos años después de la mutilación, ofrecen una penosa ilustración de estas ambigüedades. Ciertos pacientes afectados por estos obstinados dolores, a veces son blanco de las sospechas los médicos, irritados por su impotencia para aliviarlos pese a los esfuerzos realizados. El fracaso en la comprensión es convertido entonces, mediante una astuta operación, en el privilegio incuestionable del *sujeto supuesto saber.** El dolor, llamado entonces «psicológico», escapa a la jurisdicción médica. El hecho turbador se diluye y el cuerpo de conocimientos cuestionado reinterpreta la minucia para confirmación

10. S. Freud, *Metapsicología.*

11. Acerca de este tema, véase R. Melzack y P. Wall, *op. cit.*, pp. 8 y ss.

* Expresión lacaniana para designar a un sujeto cuya palabra, fundada en un discurso y una práctica «científica», tiene autoridad ante cualquier otro discurso lego, exterior a la disciplina considerada. *(N. del t.)*

de su sistema. En la experiencia médica el paciente es a veces el obstáculo que impide enfrentarse con tranquilidad a la enfermedad o la lesión. El mal se presenta a la evaluación del facultativo, pero como el dolor no proporciona prueba alguna, salvo que es sentido por el individuo, éste se expone a que no se lo crea, e incluso a ser tachado de «simulador» por un médico atrapado en una estrecha visión organicista. Sólo él está habilitado para justificar socialmente el sufrimiento que experimenta el demandante. Este monopolio médico de prescribir la verdad o la ilusión de la enfermedad es motivo de conflicto con el enfermo, estupefacto ante la indiferencia del facultativo hacia lo que siente, y la puesta en duda de su palabra. En caso de incertidumbre, en efecto, el médico se atribuye la gracia de decidir si un individuo que reclama el reconocimiento de su enfermedad, o la atribución de sus derechos, padece dolor o no. La medicina «crea» habitualmente la enfermedad o el dolor nombrándola y tomándola a su cargo, asignando al paciente una función social, pero en algunas circunstancias sus dictámenes contrastan con lo que el afectado siente o debería sentir. Sin embargo, un médico tan atento como René Lariche descarta estas sospechas con vigor. «He podido levantar un gran número de hipotecas de simulación. Estoy convencido de que casi siempre, los que sufren, sufren como dicen, y aportan a su dolor una atención extrema, sufren más de lo que podemos imaginar. Sólo hay un dolor fácil de soportar, y es el dolor de los demás. El dolor, llamado entonces «psicológico», escapa a la jurisdicción médica. El hecho turbador se diluye y el cuerpo de conocimientos cuestionado reinterpreta la minucia para confirmación de su sistema. En la experiencia médica el paciente es a ve-

ces el obstáculo que impide el tranquilo frente a frente con la enfermedad o la lesión. El mal se presenta a la evaluación del facultativo, pero como el dolor no proporciona prueba alguna, fuera de ser sentido por el individuo, éste se expone a que no se lo crea, e incluso a ser tachado de «simulador» por un médico atrapado en una estrecha visión organicista. Sólo él está habilitado para justificar socialmente el sufrimiento que experimenta el demandante. Este monopolio médico de prescribir la verdad o la ilusión de la enfermedad es motivo de conflicto con el enfermo, estupefacto ante la indiferencia del facultativo hacia lo que siente, y la puesta en duda de palabra. En caso de incertidumbre, en efecto, el médico se atribuye la gracia de decidir si un individuo que reclama el reconocimiento de su enfermedad, o la atribución de sus derechos, padece dolor o no. La medicina «crea» habitualmente la enfermedad o el dolor nombrándola y tomándola a su cargo, asignando al paciente una función social, pero en algunas circunstancias sus dictámenes contrastan con lo que el afectado siente o debería sentir. Sin embargo, un médico tan atento como René Lariche descarta estas sospechas con vigor. «He podido levantar un gran número de hipotecas de simulación. Estoy convencido de que casi siempre, los que sufren, sufren como dicen, y aportan a su dolor una atención extrema, sufren más de lo que podemos imaginar. Sólo hay un dolor fácil de soportar, y es el dolor de los demás.»[12] De esta manera, Leriche nos recuerda la complejidad y el riesgo moral de la evaluación de un sufrimiento que únicamente dispone de la humildad de la palabra para expresarse.

12. R. Leriche, *op. cit.*, p. 28.

Joyce Mac Dougall habla de pacientes «no afectivos», tributarios de un pensamiento adherido a lo concreto del mundo, sin dimensión imaginaria o sensible. Anclados en lo real de un mundo sin profundidad, describen su dolor como los forenses, sin metáforas, mediante una trama de expresiones estereotipadas o tópicas, como si ellos estuvieran en otro lugar, poco implicados en su estado. El dolor se enuncia, pero no parece hacer mella en el individuo. Joyce Mac Dougall compara a estos pacientes con los niños víctimas de carencias afectivas precoces, quienes, tras un período de cólera y de protestas, acaban por encerrarse en un tono depresivo, ajenos en apariencia a su sufrimiento. Sólidamente estructurados contra toda amenaza de apegarse a un objeto que comporta el riesgo de serle sustraído, no se interesan verdaderamente en el mundo en cuyo interior se mueven, sobre todo, gracias a un «pensamiento operativo».[13] Su cuerpo funciona como un caparazón que los protege de la adversidad, pero del cual es necesario negar simbólicamente los movimientos perturbadores recurriendo a la trivial palabra.[14]

Otros, por el contrario, niegan un dolor físico que sin duda no experimentan pese a sus heridas o lesiones. En una relación de exterioridad con sus sentimientos y su cuerpo, son indiferentes a los objetos o las situaciones susceptibles de dañarles. En la asimbolia* del dolor

13. P. Marty; M. de M'Uzan y C. David, *L'Investigation psychosomatique*, PUF, París, 1963.

14. Cf. J. Mac Dougall, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Gallimard, París, 1978, pp. 184 y ss.; P. Marty; M. de M'Uzan y C. David, *op. cit.*

* *a-* (sin) *simbolia* (de símbolo): falta de comprensión de los signos o símbolos. Tecnicismo médico creado en la lengua alemana en el siglo XIX. *(N. del t.)*

el individuo permanece sonriendo o impasible bajo las agresiones. Incluso se ofrece a las circunstancias capaces de acarrearle heridas. Schilder evoca el ejemplo de una paciente sometida a singulares tratamientos por parte de sus terapeutas: «no reaccionaba cuando se la pinzaba, golpeaba, o pinchaba, ni siquiera con fuerza».[15] Se introducía objetos en los ojos, se hería a menudo como si experimentara una curiosidad incansable por una sensación de dolor que no podía sentir falta de un investimiento suficiente. Otros se mutilan o desollan, se golpean con violencia o tragan objetos que les desgarran las vísceras. La psicosis, por ejemplo, provoca una confusión entre el sujeto y el mundo. Uno se queja de dolores inauditos, y sospecha que son provocados por rayos o influencias ocultas nefastas, o enviados por gente que lo persigue. Otro va tranquilamente sin sentir un dolor activo, se mantiene indiferente ante cualquier atentado a su integridad corporal. Y el médico descubre, por ejemplo, su boca devastada por las caries, o una apendicitis de la que nada se había dicho. El dolor hace así su propio camino, liberado de todo enraizamiento social y cultural, se convierte en la materia de una historia propia, una de las pantallas de un sufrimiento personal más amplio, ya no es más mensajero de peligros que amenazan la integridad del cuerpo. Inaccesible a la realidad que lo circunda, recuerda de manera radical el fracaso del lenguaje y desnuda el secreto tácito del vínculo social: los seres humanos sólo se entregan por carencias o debilidades a la inteligencia o la compasión de los otros.

15. P. Schilder, *L'image du corps*, Gallimard, París, 1968, p. 122. Véase también Th. Szasz, *Douleur et plaisir*, Payot, París, 1986, p. 178; R. Melzack y P. Wall, *op. cit.*, p. 116; J. D. Vincent, *La biologie des passions*, Odile Jacob, París, 1986.

El dolor siempre apresa al sujeto en medio de la maraña de una historia personal. Oscila entre el dolor de vivir y el dolor del cuerpo, uniendo uno al otro de manera sutil y necesaria, o a veces de manera loca y cruel. Ninguna ley fisiológica lo funda en verdad, es múltiple: instancia paradójica de protección, prueba repetida de existencia, sustituto de amor para paliar la ausencia, medio de presionar al otro, garantía de una reivindicación, modelo de expiación, etc. Comunica una información, no sólo acerca del estado físico o moral del individuo, sino también acerca del estado de sus relaciones con los demás, y sobre todo con los otros interiorizados, a la manera de una historia sepultada. En numerosos casos, el dolor satisface en apariencia, de manera inmediata o secundaria, una función antropológica de conservación de la identidad.

Sufrimiento físico sin causa aparente, placer del dolor, cambio singular de lo penoso en placer, quejas desproporcionadas con la lesión, dolor persistente después del restablecimiento, o por el contrario, lesión grave sin dolor, etc. Todas estas perturbaciones revelan que la relación del hombre con su cuerpo es una compleja trama de datos existenciales y fisiológicos. Prescindir de cualquiera de estas influencias sería perder toda aprehensión de lo real del enfermo. Si las cosas poseyeran dos asas, una por la que se pudieran coger, y otra por la que ello no es posible, hay que evitar que todo enfoque que divida al ser humano en dos mitades no se agarre del asa inútil. Sin otra confesión que la palabra sufriente, el dolor no suministra pruebas tangibles, su evaluación sólo se apoya en las declaraciones del paciente. Es real en la medida en que se experimenta y daña la relación con el mundo. El rastro orgánico del mal es un as-

pecto de una realidad más inasible: no es una lesión que sufre o el efecto de simpatía de un órgano mutilado, sino un ser humano en singular. El dolor muestra los límites del dualismo entre el cuerpo, lugar de la jurisdicción específica de la medicina, y el resto, el alma o el psiquismo, que sería patrimonio de psicólogos o terapeutas de todo género, cuya acción se mantiene en la periferia del cuerpo. El fracaso relativamente corriente al identificar las raíces del dolor en pacientes cuya existencia está paralizada por las enfermedades es uno de los efectos perversos de una ciencia médica centrada en el cuerpo y sus indicios. La medicina es un saber del cuerpo enfermo y de sus procesos, no un saber acerca del hombre y su relación con el mundo. Históricamente, se ha constituido sobre la base del dualismo, manteniendo a distancia al individuo por sistema, para ejercer su sagacidad en el cuerpo humano, cuya estructura desmembraba, y en los procesos patológicos.[16] El hombre, en la singularidad de su sufrimiento, en principio no se incluye en este paradigma. La imposibilidad de hacer que el cuerpo confiese la realidad del dolor del ser humano es una de las consecuencias del rechazo de éste por parte de la epistemología médica. Igual que ocurre con las personas sucede con el resto de la enfermedad en ciertos tratamientos: el dolor de inhallable causa no entra dentro de una medicina que establece su soberanía sobre un cuerpo que observa acercándose con exceso. El dolor no se deja aprisionar en la carne, implica un ser humano sufriente, y recuerda que las modalidades físicas de la relación de la personas con el mundo

16. D. Le Breton, *La chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain*, Métailié, París, 1993.

adquieren cuerpo en el seno de la relaciones sociales, es decir, en el centro de la dimensión simbólica.

Acerca de la eficacia simbólica

El cuerpo no escapa a la condición que hace de toda cosa propia del hombre el efecto de una construcción social y cultural, en el interior de límites infinitamente variables. No existe una naturaleza del cuerpo, sino una condición del hombre que implica una condición corporal que cambia de un lugar y un tiempo a otro. Allí se camina sobre un lecho de brasas en el transcurso de un rito religioso; en otra parte se curan las quemaduras recitando una oración y soplando sobre la herida, se sanan enfermedades regulando las energías perturbadas de un hombre enfermo sólo a través del contacto físico; allí se cura negociando con los dioses la curación por la intermediación del trance o de la posesión, se lee en la arena el futuro de un hombre. Se sana a un enfermo trasplantando a un enfermo incurable un corazón sano que procede de un donante fallecido unas horas antes. Por la acción de una molécula se dinamiza la vitalidad o se borra la angustia, etc. La naturaleza del cuerpo no es más real que la «naturaleza humana» o la «naturaleza del mundo». Las sociedades humanas construyen el sentido y la forma del universo donde se mueven. Los límites de la acción del hombre sobre su medio son límites de sentido antes que límites objetivos. Todo sistema simbólico es un sistema de eficacia. Terreno de alianza y de acción para una sociedad o un grupo dados, en una época también delimitada, la naturaleza siempre se transforma en dato cultural.

El curandero de la Europa rural sana las quemadu-

ras murmurando una plegaria y efectuando algunos gestos sobre la zona quemada. Unas horas después, el dolor se esfuma y la herida desaparece, a menudo sin dejar la menor cicatriz. El curandero actúa de la misma manera con un animal quemado. Observación trivial para quien se presta a la experiencia, desconcierto para quien querría obstinadamente mantenerse en el marco del pensamiento biomédico, para el cual la acción del curandero es impensable y en consecuencia juzgada imposible. De hecho, el saber biomédico y el saber del curandero no se refutan mutuamente, son de un orden diferente. Uno y otro no se interesan en el mismo «cuerpo». El ensalmo y el contrahechizo coexisten en el seno de una misma sociedad con la medicina avanzada, puesto que se trata de prácticas culturales que apuntan a diferentes órdenes de la realidad, entre ellos no hay progreso, sino divergencia en los puntos de aplicación y en las concepciones del mundo. Las diferentes medicinas sabias tampoco se anulan entre ellas: la homeopatía o la medicina alopática, la osteopatía o la quiropráctica, e incluso la acupuntura, por poner sólo unos ejemplos, tienen cada una su propia interpretación del cuerpo y de la enfermedad, ponen en funcionamiento terapias específicas, pero todas participan de una cierta verdad del cuerpo o de la enfermedad. Los saberes populares todavía hoy observables: la imposición de manos, los magnetizadores, los radiestesistas, los fitoterapeutas, los ensalmadores, nos recuerdan la dimensión simbólica del cuerpo humano. La serie de interpretaciones culturales posibles del cuerpo fundamenta las numerosas medicinas que buscan aliviar al hombre de sus enfermedades.

El cuerpo es una realidad que cambia de una socie-

dad a otra, las imágenes que lo definen, los sistemas de conocimiento que buscan elucidar su naturaleza, los ritos que lo representan socialmente, los resultados que alcanza, son sorprendentemente variados, incluso contradictorios, para nuestra lógica aristotélica, que excluye las terceras vías. El cuerpo no es una colección de órganos y de funciones dispuestas según las leyes de la anatomía y de la fisiología, sino ante todo una estructura simbólica. En otras palabras, el saber biomédico, saber oficial del cuerpo en nuestras sociedades occidentales, es una representación del cuerpo entre otras, eficaz y legítima en las prácticas que la sostienen. Pero son igualmente eficaces, en su propia dimensión, las medicinas fundamentadas en concepciones muy diferentes del mal y del cuerpo, elaboradas en el seno de otras culturas. Las representaciones del cuerpo configuran, en la escala del mundo, una nebulosa de imágenes que nutren las intervenciones terapéuticas más disímiles. Según las sociedades, el hombre es una criatura de carne y hueso, regida por las leyes anatómico-fisiológicas; trama de formas vegetales como en la cultura canaca; red de energías como en la medicina china, que relaciona al ser humano, a la manera de un microcosmos, con el universo que lo engloba; un bestiario, que reencuentra en su interior todas las amenazas de la jungla; parcela de cosmos en estrecha ligazón con las emanaciones de su medio ambiente, mundo en miniatura permeable a la acción de los espíritus... A tantas sociedades, otras tantas representaciones y acciones diferentes que se fundamentan en sus saberes.[17] Sin duda, los niveles de

17. Acerca de estos puntos, D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, *op. cit.*, pp. 1 y 4.

generalización difieren, pero el problema sigue siendo un desafío planteado a la antropología del cuerpo, o a la de la medicina y la enfermedad.

Múltiples realidades del cuerpo se perfilan tras el examen de innumerables sistemas terapéuticos. La relatividad de los modelos no es una construcción de la antropología, se impone a diario a quien actúa en las grandes metrópolis occidentales, y debe enfrentarse a su pesar a un abanico de representaciones que supera sus conocimientos y le obliga a la «improvisación». La eficacia de esas imágenes consiste en integrar al actor en el interior de una concepción del mundo admitida por una colectividad. Al recurrir a estas representaciones, el actor vincula al instante los acontecimientos corporales que lo afectan con los significados que sabe que cuentan con la aprobación de su grupo, e incluso, eventualmente, de su grupo de referencia cuando se trata de recurrir a alguna forma de esoterismo o de copiar de un universo cultural ajeno a sus iguales. Estas acciones se ven más cercanas y permiten un ajuste más o menos armonioso en el medio social y cultural. Pero privado de este *continuum*, de este intercambio significante que hace coherente la relación con los demás y con el medio, si por ejemplo se enfrenta al sufrimiento o a la enfermedad, el actor consulta a un especialista del sin sentido: médico, curandero, psicólogo, ensalmador, chamán, hombre medicina, etc. La labor de este último consiste en suprimir el dolor, en restablecer la continuidad de la relación con el medio, en restaurar la capacidad del actor para que sea autónomo en acciones y gestos.

Pero ¿cómo vive el individuo la imagen de su cuerpo? Con esta expresión queremos decir: la representación que el sujeto se hace de su cuerpo en un contexto

social y cultural dado, y a través de su historia personal. G. Pankow, en su reflexión sobre la psicosis, distingue dos elementos cuyas relaciones estructuran existencialmente la imagen del cuerpo: *la forma* y el *contenido*. La primera, es el sentimiento de la unidad significante de las diferentes partes del cuerpo, de su posesión como totalidad, de sus límites precisos en el espacio. La pregnancia* de esta imagen se verifica por el impacto de las mutilaciones, a menudo destructor para la identidad personal. La imagen del cuerpo se construye igualmente sobre el segundo elemento, un *contenido*: de hecho, el actor vive su cuerpo como un universo coherente y familiar, identifica como suyos y significantes los estímulos sensoriales que lo atraviesan. Pero otros dos componentes parecen esenciales en la imagen del cuerpo, inextricablemente combinados con los dos precedentes: el del *saber*, el conocimiento, aunque fuere rudimentario, de la idea que la sociedad se hace de la profundidad invisible del cuerpo, de su constitución, de la manera en que se armonizan los órganos y las funciones. Este saber, por tosco que sea, permite alimentar una relación más familiar con los acontecimientos físicos que afronta el actor. Existe, por último, el registro del *valor*, la interiorización por el actor del juicio social que apunta a su manera de vivir y a sus atributos físicos. Este elemento determina considerablemente la autoestima del actor. Dichos ejes entrelazados, y de igual importancia, dependen de un contexto social, cultural, relacional y personal. Todas las sociedades humanas favorecen la instalación individual de esta estructura antropológica

* Concepto psicoanalítico freudiano. Designa el vigor, la fuerza de una organización psicoanalítica privilegiada entre todas las posibles, la más fuerte y frecuente. *(N. del t.)*

que permite a cada sujeto habitar de manera familiar su cuerpo, con las referencias y la seguridad suficiente para el desarrollo de la existencia. Pero la imagen del cuerpo no cuenta sólo en el haber del *cogito*, es decir, del pensamiento reflexivo, también forma parte, igualmente, de los procesos inconscientes de esta imagen, en el nivel de su forma se verifica poderosamente por el impacto de las mutilaciones, a menudo destructor para la identidad personal. La imagen del cuerpo se construye igualmente sobre el segundo elemento, un *contenido*: de hecho, el actor vive su cuerpo como un universo coherente y familiar, identifica como suyos y significantes los estímulos sensoriales que lo atraviesan. Pero otros dos componentes parecen esenciales en la imagen del cuerpo, inextricablemente combinados con los dos precedentes: el del *saber*, el conocimiento, aunque fuere rudimentario, de la idea de que la sociedad se hace de la densidad invisible del cuerpo, de su constitución, de la manera en que se armonizan los órganos y las funciones. Este saber, aunque sea basto, permite alimentar una relación más familiar con los acontecimientos físicos que afronta el actor. Existe, por último, el registro del *valor*, la interiorización por el actor del juicio social que apunta a su manera de vivir y a sus atributos físicos. Este elemento determina considerablemente la autoestima del actor. Dichos ejes entrelazados, y de igual importancia, están bajo la dependencia de un contexto social, cultural, relacional y personal. Todas las sociedades humanas favorecen la instalación individual de esta estructura antropológica que permite a cada sujeto habitar de manera familiar su cuerpo, con las referencias y la seguridad suficiente para el desarrollo de la existencia. Pero la imagen del cuerpo no cuenta sólo en el

haber del *cogito*, es decir, del pensamiento reflexivo, también forma parte, igualmente, de los procesos inconscientes.[18]

En 1949, en un artículo memorable, Lévi-Strauss ofrece un análisis de «la eficacia simbólica». Describe el proceso de una cura chamánica que se basa en una particular concepción del cuerpo, cuya aplicación como incentivo terapéutico permite al chamán producir la eficacia que libera a la paciente de sus enfermedades. Los hechos considerados tuvieron lugar en Panamá, entre los indios cunas. En esa sociedad es costumbre recurrir a la ayuda del chamán en los partos difíciles. Las dificultades de la embarazada se explican por el hecho de que Muu, poder responsable de la formación del feto, en vez de ocuparse de su labor habitual, se apodera del *purba* (el alma) de la parturienta. La intervención del chamán consiste en la búsqueda de dicho *purba*. Se desata un feroz combate contra Muu, y sobre todo el enfrentamiento con animales peligrosos. Cuando Muu está vencido, el chamán restituye el *purba* a la parturienta. El alumbramiento puede realizarse entonces sin obstáculos. Muu se aleja por un tiempo. Es el poder tutelar de la procreación y del crecimiento del feto, conviene no ofenderlo, sólo recordarle sus obligaciones.

El combate del chamán y de sus espíritus protectores se narra en las secuencias de un canto que se entona desde el momento en que el chamán llega junto a la parturienta. Gracias a la intermediación del relato sagrado, los sufrimientos de la mujer en el parto se tras-

18. Ya utilizamos este enfoque en un análisis antropológico de la relación consigo mismas de las personas que tienen una minusvalía física *(Anthropologie du corps et modernité)* o en la relación con el rostro *(Des visages. Essai d'anthropologie)*.

ponen a la vertiente del mito. Ambos protagonistas se mueven en el interior de una historia ya escrita, cuyas diversas peripecias ya están trazadas y dibujan una línea de conducta. El mito explica el combate librado por el chamán en el propio interior del cuerpo de la mujer. Enumera los obstáculos que salvar, las amenazas por conjurar, los monstruos que neutralizar, que encarnan los dolores padecidos por la mujer: «Tío Caimán, que se mueve aquí y allá, con ojos protuberantes, cuerpo sinuoso y manchado, echándose y moviendo la cola: Tio Caimán Tiiqüalele, de cuerpo brillante, que agita las patas brillantes, las patas que invaden, que rechazan todo, que arrastran todo; Nele qui (q) quiparnanel, el Pulpo, cuyos tentáculos pegagojos entran y salen, alternativamente; y otros más todavía: Aquel cuyo sombrero es blando; Aquel cuyo sombrero es rojo, Aquel cuyo sombrero es irisado, etc.; y animales guardianes: el Tigre negro, el Animal rojo...» Ese bestiario aterrador encerrado en el vientre de la mujer explica la imposibilidad de parir. La narración del mito describe simbólicamente las acechanzas superadas por los dos protagonistas que en esta ocasión repiten las aventuras vividas *in illo tempore* por los dioses. El relato ofrece a la mujer un sistema de significaciones gracias al cual ésta puede por fin poner orden en el desorden de su dolor y de su angustia. «Los espíritus protectores y los espíritus malévolos —escribió Lévi-Strauss—, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que fundamenta la concepción del universo de los cunas. La enferma los acepta, o, más exactamente, nunca los ha puesto en duda. Lo que ella no acepta son los dolores incoherentes y arbitrarios que constituyen un

elemento extraño al sistema, pero que a través del recurso al mito, el chamán reinstalará en un conjunto donde todo se ordena.»[19]

El relato de esta cura pone en evidencia los ejes antropológicos de la imagen del cuerpo. Para ser soportables, los procesos vividos por el sujeto en su carne deben tener, en el sentimiento que aquél elabora, una *forma* y un *sentido*: cuando éstos quedan deshechos por la irrupción de lo insólito, del sufrimiento, de lo intolerable, hay que abrirles un camino. El chamán asigna una forma y un sentido al lugar donde antes se desplegaba un caos de sensaciones torpes y absurdas. La coherencia que introduce, atribuyendo a ese desorden un significado admitido por la comunidad y la enferma, restituye a esta última al orden humanizado de la naturaleza. Cautiva durante un tiempo en el universo salvaje que no le concedía asidero alguno y la maltrataba, la parturienta es liberada de las garras de Muu, recupera el control de la situación dándole un significado que implica también la acción del chamán. A partir de entonces, aliviada, puede traer a su hijo al mundo. La simbolización operada por el chamán desbloquea una situación que parecía inamovible. Para hacerlo, se apoya en los dos otros ejes de la imagen del cuerpo (de sí): el *saber*, recurre a cosas conocidas por la mujer, igual que por su comunidad. El mito aquí evocado es patrimonio común, no se trata de un relato arbitrario o aleatorio. La acción del chamán se inscribe en un tema conocido. Por otra parte, asignándole un significado a ese caos, acompañándola durante la lucha, el chamán le muestra

19. Lévi-Strauss, «L'éfficacité symbolique», *Anthropologie structurale*, Plon, París, 1958, p. 218.

el *valor* que ella tiene, la estima que se le tiene. El trastorno de su cuerpo no ha borrado su dignidad.

Ahora bien, como hemos dicho, la realidad del cuerpo es de orden simbólico. Ante el enigma intolerable del sin sentido de un parto imposible, frente a la profundidad desconocida de una carne que se rebela, la función del chamán consiste en reintroducir sentido, en explicar a la parturienta, a través del necesario consenso del grupo, el contenido de las sensaciones insólitas y dolorosas que la traspasan. Aquello que parecía escapar al orden humanizado del mundo vuelve a él. Gracias a la interpretación del curandero y a la acción que ésta implica mediante la narración del mito, en un contexto muy ritualizado, la mujer recupera el control del parto que, a partir de entonces, se desarrolla normalmente. Pero si el símbolo (la palabra, el rito, la plegaria, el gesto...) actúa con tanta eficacia cuando en principio nos parecía (a nosotros, no a los cunas) diferente por naturaleza del objeto sobre el cual se aplica (el cuerpo, el sufrimiento, la enfermedad...), es porque se diluye, igual que el agua se mezcla con el agua, en el interior de un cuerpo que es también una materia simbólica. No hay ruptura alguna, contradicción alguna, entre los dos términos de la intervención que tiene al chamán como mediador. Éste tapa un desgarramiento en el tejido del sentido, rellena la irrupción dolorosa de lo incomprensible. Mediante el aporte de un nuevo sentido, acreditado por el actor y la colectividad, esas acciones contribuyen a una humanización, o mejor aún, a una socialización del malestar. Y restituyen al actor al simbolismo general de su grupo de pertenencia. Éste participa, aunque mínimamente, en la representación del cuerpo a la cual se adhiere el terapeuta que consulta. Adhesión que

en ningún caso debe confundirse con la creencia, puesto que no es del registro del *cogito*, es decir, del pensamiento reflexivo: los procesos inconscientes tienen ahí un gran papel. No hay aquí omnipotencia alguna, hay casos en que el chamán fracasa en la curación. Pero el terapeuta tradicional conoce el trastorno, y el grupo lo inviste con su confianza, su saber es eficaz cuando se aplica a patologías corrientes en su comunidad.

Este análisis evita la hipoteca dualista que por momentos recorre los textos de Lévi-Strauss acerca de la eficacia simbólica. De ahí que éste haga de la cura simbólica una acción esencialmente psicológica, tanto más justificada para él por cuanto el chamán no toca el cuerpo de la parturienta. Actuaría manipulando en el plano mental imágenes que rebotan en el físico gracias a la homología simbólica entre esos diferentes niveles de realidad: por una parte, el desorden fisiológico y por otra, la serie de imágenes. La riqueza del análisis de Lévi-Strauss tropieza con un factor no pensado: el modelo dualista de la metafísica occidental que diferencia cuerpo y alma, lo orgánico y lo psicológico, y desemboca en ese reparto del trabajo que en nuestras sociedades concede el cuerpo al análisis de los médicos, y el espíritu a la sagacidad de los psicólogos o los psicoanalistas. Pero en el registro imaginario social de numerosas comunidades humanas, como ya se ha visto en otro texto,[20] el cuerpo no está necesariamente diferenciado del hombre. Y por otra parte, el propio Lévi-Strauss observa que «"la ruta de Muu" y "la residencia de Muu", para el pensamiento indígena no constituyen un itinerario y un lugar mítico, sino que re-

20. D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité, op. cit.*; *La sociologie du corps*, PUF, Que sais-je?, París, 1992.

presentan la vagina y el útero de la mujer encinta, que exploran el chamán y los *nuchu*, en lo más profundo de los cuales libran su victorioso combate».[21] Entre la acción del chamán y esta representación de la carne de la mujer no hay gran distancia, y hablar de acción psicológica reduce los hechos al presentar como adquirido lo que en verdad es un tema infinito: la validez de lo psicosomático en el sentido más estricto de la expresión, es decir, el hombre como suma de un *soma* y de una *psiquis*, que se interrelacionan. Pero este enfoque es hoy cuestionado, por demasiado dependiente de la herencia dualista a la cual justamente intenta plantear una alternativa.[22] Esta perspectiva permite precisamente pasar de una psicosomática a una psicosemántica que abre un camino menos ambiguo y mucho más fértil.

El mito funciona aquí como una teoría del cuerpo y de la enfermedad que favorece la acción simbólica del chamán, a través de la adhesión de la comunidad. La asignación de sentido realizada por el terapeuta restituye a la mujer su condición humana y social al mismo tiempo, la libera de las tensiones que retenían al niño en ella. Como ha escrito Lévi-Strauss: «El chamán proporciona a su enferma un lenguaje en el que pueden expresarse inmediatamente estados no formulados e informulables de otra manera.»[23] Pero este lenguaje es

21. *Op. cit.*, p. 207.

22. La paradoja de la psicosomática es oponerse al dualismo fundador de la medicina moderna y a su focalización en el cuerpo limitándose a una suma de lo orgánico y de lo psicológico. Numerosos investigadores actuales intentan fundar una medicina del hombre que de alguna manera escape a esa herencia. El paradigma de lo simbólico para pensar la condición humana y su anclaje en la carne conduce, creemos, a una fisiosemántica.

23. *Ibidem*, p. 218.

un asidero simbólico de una materia cuya concepción muestra evidentemente la simbolización del cuerpo por parte del grupo. En cierto modo, en el canto mítico y en el cuerpo de la mujer están presentes los mismos materiales. No es una expresión puramente verbal lo que «provoca el desbloqueo fisiológico», puesto que lo fisiológico, desde un punto de vista antropológico, es sólo simbólico. El chamán recupera el control de lo que escapa a lo fisiológico gracias a una simbolización activa a la cual se adhiere la enferma. Lévi-Strauss reintroduce una noción biomédica innecesaria (lo orgánico). Prolongaremos este análisis considerando una de las formas de la mencionada eficacia simbólica, que la medicina llama «efecto placebo».

Dimensiones simbólicas del dolor: el efecto placebo

La ambigüedad del dolor, la sinuosidad de su trayectoria en la conciencia del hombre, repercute en las maneras de hacerle frente. El poder de la mirada del otro se traduce en la eficacia de los placebos en los tratamientos.[24] El 35 % de los pacientes declara sentir un evidente alivio después de la absorción de un placebo. Proporción tanto más perturbadora por cuanto los derivados de la morfina sólo tienen éxito en el 75 % de los casos de pacientes con dolores intensos. Los trabajos de

24. La noción de sugestión, por cuanto remite a una tradición cartesiana, a una mera psicología del yo, es insuficiente para explicar la eficacia simbólica en el enfermo. Trabajos realizados en Estados Unidos comparando exámenes de sugestionabilidad con «efectos placebo» demuestran la ausencia de relación entre unos y otros; cf. A. K. Shapiro, «Factors contributing to the placebo affect», *Journal of Psychoterapy*, vol. XVII, supl. 1, 1964, p. 78.

Beecher demuestran que cuanto mayor es el estrés del enfermo, mayor es la eficacia del placebo. Empleado de esa manera para luchar contra un dolor angustiante, es diez veces más activo que para aliviar un dolor real.[25] La eficacia simbólica puesta en práctica en tales circunstancias recuerda el carácter múltiple de un dolor que aqueja al hombre en su totalidad, y no sólo a su organismo. Además, dicha eficacia moviliza el vínculo social en lo que se refiere a poner remedio o alivio al sufrimiento. La acción terapéutica, según las modalidades en que se presente y el contenido que se ofrece al paciente, actúa en el plano orgánico, sin duda, pero también en la pregnancia social, cultural, individual o situacional que tiene la percepción del dolor. Dar nombre a la causa restablece la iniciativa y anula toda hipótesis negativa, todo fantasma que alimente la ansiedad del paciente y la intensidad del sufrimiento. Ya no hay angustia ni sin sentido, nada que a la conciencia se le escape. La lucha contra el dolor exige el alivio inicial del miedo que lacera a un paciente que no comprende la violencia que lo roe. Experiencia salvaje y brutal de devastación ésta, debe inscribirse de nuevo en el orden del sentido, en un esquema que permite prever su futura derrota. Puesto que el significado atribuido al dolor no tiene sólo valor informativo, también precede a la acción, identificar su naturaleza es un medio de luchar contra él.

El significado del dolor se modifica de acuerdo con las circunstancias, y determina la actitud del individuo. Robert Jaulin, tratado con quimioterapia por un cáncer,

25. H.-K. Beecher, *Measurement of subjective responses: quantitative effects of drugs*, Oxford University Press, Nueva York, 1959, p. 65.

ofrece un testimonio ejemplar de las variaciones de sentido que condicionan las capacidades personales de resistencia. «Sin duda, muchas veces me ocurrió estar en situaciones desagradables, dolorosas, pero realmente no recuerdo haberme sentido aplastado; en algún sitio, otra cosa estaba igualmente allí, y marcaba el ritmo, ese ritmo era al menos la posibilidad de poder luchar. En las náuseas provocadas por la quimioterapia en la que estoy inmerso hay una violencia solapada y tal que sólo puedo padecer.»[26] R. Jaulin participó en Dakota, junto a los indios sioux, en ceremonias donde se consumía peyote. Las náuseas y los vómitos acompañaban la experiencia, pero los dolores eran compartidos y más ligeros gracias a esta socialización bajo la égida de un «hombre medicina» respetado. La quimioterapia, por el contrario, es desnuda y solitaria. Los grupos de pacientes que reúne su aplicación sufren uno junto al otro, cortésmente; cada cual se esfuerza en no invadir demasiado el territorio físico y moral de los demás. Vomitan con discreción, sin quejas, con buenos modales, pero el sentimiento comunitario está ausente. Ninguna tradición, ningún maestro de ceremonias que acudan para dar un significado eminente a las circunstancias y reunir energías para un proyecto común. Cada cual combate sólo para curarse, con sus creencias y esperanzas particulares. Acción de individuos, es decir de «yo, mi» antes que de «nosotros, nuestros», que los procedimientos médicos refuerzan. Esos dolores y molestias no están inscritos en una luminosa perspectiva de modificación del yo bajo los auspicios del grupo, nos encierran en nosotros mismos, ahondan una soledad difícil de romper. No son

26. R. Jaulin, *L'Année chauve*, Métailié, París, 1993, p. 21.

una inequívoca promesa de futuro, puesto que la curación no es una certeza sino una simple probabilidad. «La quimioterapia no cura siempre, y tantas personas la sufren inútilmente —escribió Jaulin—, por ejemplo mi hermano, mi madre.» El dolor ambiguo y penoso de esas sesiones impone otra búsqueda: «cómo volver iniciático el sufrimiento, eso era lo que me preocupaba». Para superar el dolor es necesario atribuirle un sentido que lo desborde y lo vuelva propicio.

Otro ejemplo lo suministra Katherine Mansfield. Poco antes de su prematura muerte expuso una concepción del sufrimiento al margen de toda referencia religiosa, gracias a la cual mantuvo la soberanía plena sobre su vida. «Hay que someterse —escribió—. No resistas, ¡acógelo! Haz de tu dolor una parte de tu vida. Todo aquello que aceptamos verdaderamente de la existencia sufre una transformación. De ese modo, el sufrimiento tiene que convertirse en amor. Ahí está el misterio. Debo pasar del amor personal a uno mayor... ¡Ahora soy semejante a un hombre a quien han arrancado el corazón, pero soporta! En el mundo espiritual, como en el mundo físico, el dolor no dura eternamente... Si el sufrimiento no es reparadora medicina, quiero volverlo tal.»[27] De un modo más individual, aunque parezca abrevar en un antiguo fondo judeo cristiano, K. Mansfield se esfuerza con toda su voluntad para recuperar el control del dolor mediante el significado que le impone.

Una investigación acerca del dolor postoperatorio demuestra la importancia de estos asideros de significado que atenúan el miedo y el sufrimiento e iluminan el

27. K. Mansfield, *Le journal*, *op. cit.*, pp. 316-317.

restablecimiento del individuo. Una población de pacientes que aguardaba para someterse a una operación quirúrgica importante fue dividida en dos grupos. Los enfermos de uno de ellos recibieron una información precisa acerca de las consecuencias de la intervención; se les afirmó el carácter inevitable de ciertas formas de dolor que no debían inquietarles. Se les explicó que el dolor postoperatorio obedece a espasmos de los músculos situados bajo la zona abdominal de la incisión, y que pueden disminuirlo mediante la relajación. Se les enseñaron algunos métodos simples con tal propósito. Por último se les indicó la dificultad de conseguir un alivio integral, si bien tenían a su disposición una enorme gama de analgésicos. El otro grupo de pacientes, inmerso en los tratamientos ordinarios, no recibió ninguna información particular. Comparados los pacientes de ambos grupos, los informados se quejaron mucho menos, pidieron pocos medicamentos y permanecieron menos tiempo internados.[28] Los que no recibieron explicaciones sufrieron más y plantearon problemas a los equipos sanitarios. La falta de conciencia no basta como protección del individuo. Un dolor identificado con una causa tiene un significado, es más soportable que un dolor que permanece en el sin sentido, no diagnosticado, incomprendido por el sujeto.

Otro estudio más sutil todavía pone en evidencia la percepción del dolor y las reacciones postoperatorias en niños internados por una ablación de las amígdalas. Este estudio nos conlleva al centro de la simbólica cor-

28. L. D. Egbert y G. E. Battit, «Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients: a study of doctor-patient rapport», *New English Journal of Medicine*, n.º 270, 1964, pp. 825-827.

poral, pues mide la influencia de la actitud de la madre en las percepciones dolorosas del niño en el transcurso de la hospitalización. Se presume que una madre tranquila o inquieta tiene un efecto tranquilizador o de acentuación del estrés en su hijo. La experiencia cotidiana lo demuestra con creces. La organización de los tratamientos en el hospital favorece la ansiedad tratando al usuario a la manera de un objeto, un puro cuerpo enfermo, en una rutina donde su singularidad es anulada y su angustia rara vez tenida en cuenta. Salvo excepciones, no da los significados que permiten al ser humano domesticar los dolores o los tratamientos penosos. Para medir la influencia de los afectos de la madre en el niño se aislaron dos grupos, los niños ya habían tenido una experiencia hospitalaria, y los que corrían algún riesgo médico fueron excluidos). Se buscó una semejanza óptima entre ambos grupos. El estudio se realizó sobre un total de ochenta niños. En el primer grupo, una enfermera recibió a las madres y se esforzó para crear una atmósfera de confianza con ellas mientras los niños eran sometidos a una serie de exámenes médicos. Se les ofrecieron las informaciones necesarias para una buena comprensión de las condiciones de la hospitalización, luego se les describieron las fases de la operación quirúrgica y de la convalecencia. Se las invitó a expresar los temores y a plantear los temas que las preocupaban. La enfermera respondió con prolijidad cada una de las preguntas. Durante este intercambio el niño estuvo presente, pero no se habló con él directamente. En el otro grupo, por el contrario, las madres y los niños fueron sometidos a la rutina hospitalaria, sin esfuerzos particulares de comunicación.

Los días siguientes, la madres llenaron un cuestionario donde evaluaban su grado de tensión antes y después de la operación, describieron la actitud de su hijo, y sobre todo, dieron cuenta del progreso de la convalecencia al regresar al domicilio familiar. Un segundo cuestionario se distribuyó entre las enfermeras (ignorantes de la composición de los dos grupos) acerca del comportamiento del niño durante la hospitalización. Los resultados son significativos. Las madres que recibieron las explicaciones detalladas estaban mucho menos ansiosas que las mujeres del otro grupo. Distendidas y confiadas, controlaron sus temores, y su calma tuvo un efecto tranquilizador en el niño. Comparados con los del otro grupo, incuestionables signos físicos indicaban el estrés menor de esos pacientes: su temperatura y presión sanguínea no se alejaban mucho de la normal; dormían mejor; no tenían pesadillas y enseguida recuperaron un sueño regular; lloraron y se quejaron menos durante la hospitalización, y además se les dio el alta antes. La ansiedad de las madres que no disponían de referentes que les permitiesen señalar el camino del restablecimiento duplicaba la de sus hijos: ritmo cardíaco elevado, fiebre, sueño alterado, sintieron fuertes dolores... El traumatismo de una experiencia mal asimilada se tradujo en frecuentes pesadillas. El estudio es abrumador para los servicios que ofrecen las atenciones hospitalarias de rutina, dejando a los enfermos en la incertidumbre acerca de su estado o de las curas que recibirán. Los autores del artículo subrayan las aplicaciones éticas y prácticas de esta comprobación.[29] La eficacia de un tratamiento exige una infor-

29. J. K. Skipper Jr. y R. C. Leonard, «Children, stress, and hospitalization: a field experiment», *Journal of Health Social Behavior*, n.º 9, 1968, pp. 275-287.

mación precisa, una respuesta a las preguntas del paciente. La primera defensa contra el dolor (o la enfermedad) reside en el significado que aquél le da. Cuando nada permite inscribirlo en un entramado significante, el sufrimiento se vive al desnudo, desgarra sin matices, y con frecuencia acarrea el desaliento o la depresión.

En quince estudios realizados sin preparación previa, sobre los analgésicos, Beecher concluye que alrededor del 35,2 % de los 1.082 pacientes analizados, que sufrían de severos dolores traumáticos o postoperatorios resultan aliviados de manera significativa después de la administración de un placebo.[30] F. J. Evans, actualizando dichos trabajos quince años después, con la realización de una serie de estudios en el período 1959-1974, obtuvo un resultado de un 36 % de pacientes aliviados de manera significativa gracias a placebos.[31] Otros estudios citados por Evans demuestran que el alivio del dolor mediante placebo tiene una eficacia del 56 % en relación con la morfina. Se encuentra prácticamente el mismo porcentaje para la aspirina y otros analgésicos poderosos. El placebo es casi tan eficaz como los medicamentos activos más reputados.[32] La comprobación de la eficacia simbólica del placebo es tanto más significativa por cuanto los analgésicos activos no siempre bastan para la total supresión del dolor. El suplemento de sentido que proporciona la manera de suministrar el medicamento o de proceder a la atención apacigua la ansiedad que crispa al individuo librado a sus propias fuerzas, constituye un vector simbólico susceptible de influir de manera evidente en los efectos esperados del producto, e incluso hasta de neutralizarlos. Proporciona una orientación para vivir las horas o los días por llegar. La convicción de que el producto es un medio eficaz de alivio nunca es neutra, no sólo para el paciente, sino también para quien lo prescribe. Ejerce un efecto reduplicado cuando el facultativo sanitario está convencido de su bien fundada eficacia, y atenúa o desbarata su efecto cuando, por el contrario, éste se muestra escéptico. Entre las esperanzas del paciente y las del médico se genera una «solidaridad» que genera la eficacia deseada. El poder de acción que oculta el agente terapéutico (medicamento, cirugía, etc.) está sometido a las variaciones que introducen las esperanzas y creencias de los facultativos, y la manera en que éstas son percibidas por el enfermo.

Una investigación realizada acerca de la ligadura de las arterias mamarias en el tratamiento de la angina de pecho nos suministra la prueba. Esta intervención quirúrgica fue practicada durante muchos años, con entusiasmo por ciertos médicos, y con dudas por otros. Beecher tuvo la idea de comparar los resultados operatorios de estos diferentes cirujanos, con el objeto de medir la incidencia de las convicciones en el estado posterior de los pacientes. Cuatro balances de operaciones realizadas por cirujanos «entusiastas» demuestran que sobre un total de 213 pacientes, el 38 % experi-

30. Cf. H. K. Beecher, *op. cit.*, pp. 65 y ss.

31. F. J. Evans, «Expectancy, therapeutic instructions and the placebo responses», en L. White, *Placebo: Theory, Research and Mechanisms*, Nueva York, Guilford Press, 1985, p. 21: «Aunque no arrastre un sufrimiento crónico —escribe Evans—, el paciente experimenta un sentimiento de calma y bienestar después de la ingestión de un placebo. Cuando éste ha sido legitimado como tratamiento eficaz se produce en un aumento significativo de la capacidad de soportar el dolor.»

32. *Ibidem*, pp. 222-223.

mentaban un completo alivio después de la intervención y entre un 65 y 75 % un clara mejoría. Por el contrario, los operados por los «escépticos» sólo registraban un 10 % de alivio. Estudios sobre pacientes tomados al azar demostraron la inanidad fisiológica del tratamiento, aunque con él se hubiese restablecido la salud de numerosos pacientes. Su eficacia procedía de la convicción que compartían los médicos con los enfermos.[33] La pérdida de confianza en la utilidad de un tratamiento terapéutico contribuye de forma determinante a precipitar su fracaso.

La comprobación de un cierto tipo de relación personal en el origen de la eficacia del placebo expresa el arraigo del dolor en el terreno simbólico. El plus de sentido que se incorpora en la relación terapéutica desactiva lo intolerable que impregna la situación dolorosa y modifica la percepción de ésta por parte del enfermo. La acción simbólica, al intervenir en ese punto axial del síntoma, debilita el dolor modificando su significado, y en consecuencia, su naturaleza. Al influir en la percepción, afecta físicamente a su objeto. La acción simbólica restablece el poder del individuo sobre sí mismo. Por el contrario, unos triviales dolores de vientre se vuelven terroríficos cuando el paciente recuerda de pronto que para un familiar suyo dicho síntoma fue el preludio de un diagnóstico de cáncer. El dolor es una caja de resonancia de significaciones sociales y personales. La eficacia simbólica que la medicina llama placebo es una palanca terapéutica que opera en el centro del vínculo social. El pleno reconocimiento de sí, la convicción expresada por un médico (o un terapeuta) de confianza en el sentido de una salida positiva moviliza los recursos físicos del enfermo, del mismo modo que la mirada huraña o dubitativa, que simbólicamente niega el futuro, alimenta la tendencia a dejar de luchar.

33. H. K. Beecher, «Surgery as placebo», *JAMA*, vol. 176, 1961, pp. 1102-1106.

Toda gestión terapéutica, se quiera o no, introduce este suplemento caprichoso, para mejor o para peor.

De la misma manera que un dolor desaparece o se atenúa mediante una inducción simbólica, en el individuo hipnotizado se provocan sufrimientos que no explica lesión alguna. La hipnosis es otro camino de la eficacia simbólica que exige que el paciente esté sumido en un estado particular de trance. Opera por sugestiones orales que encuentran inmediata realización. La palabra eficaz del hipnotizador puede inducir un dolor completo sin que el individuo esté afectado en su cuerpo de manera alguna. Una experiencia clásica consiste en entregar una moneda al sujeto hipnotizado diciéndole de pronto que está muy caliente, éste grita y lanza la moneda. Más tarde aparecen sobre la piel ampollas.[34] Del mismo modo que crea dolores por la sola virtud de una palabra sugestiva, la hipnosis demuestra también su facilidad para suspenderlos cuando el individuo los padece realmente. En la historia de la medicina se conocen desde hace mucho tiempo intervenciones quirúrgicas realizadas bajo hipnosis.[35] En 1829, por ejem-

34. Cf. L. Chertok, *Le non-savoir des psy*, Payot, París, 1979, pp. 42 y ss.

35. No obstante, así como ciertos enfermos resisten el placebo, la capacidad de experimentar el estado hipnótico está desigualmente repartida. Según Melzack y Wall, alrededor del 30 % de los individuos son capaces de un estado hipnótico profundo, el 30 % alcanzan un nivel medio y el 30 % una experiencia superficial, mientras el 10 % son refractarios a dicho estado. Estas estadísticas son sólo indicativas, cla-

plo, Jules Cloquet practicó la ablación de una mama en una mujer de sesenta años, hipnotizada. «Fue como si la operación se hubiese hecho con un cadáver», comentó Cloquet. Numerosas operaciones de esta clase se sucedieron en los años anteriores al descubrimiento de la anestesia por medio del éter o el cloroformo. En 1842, James Ward amputó la pierna de un hombre sumido en un sueño hipnótico. Al despertar, el paciente declaró no haber sentido nada. Loysel (1845 y 1846), Joly y Toswell (1845) realizaron otras amputaciones con la misma técnica. Un cirujano de Calcuta, Esdaile, realizó centenares recurriendo a la analgesia hipnótica. James Braid, un cirujano escocés establecido en Manchester, publicó en 1843 una obra destinada a convertirse en centro de los debates acerca de la hipnosis, durante décadas: *Neurohypnologie or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism*. La obra, traducida al francés en 1866, evoca numerosas operaciones quirúrgicas realizadas gracias a una analgesia hipnótica (amputaciones, ablaciones de tumores, escisiones de abscesos, extracciones dentales, etc.). Broca ensayó el método con éxito. En Poitiers, Guérineau amputó la pierna de un hombre sometido a sueño hipnótico que al final de la operación declaró que «se había creído en el paraíso». Pero lo insólito del procedimiento, su inconstancia, el hecho de que no pueda aplicarse a todos los pacientes (con mayor razón si el facultativo es escéptico), contribuyen a desacreditar la hipnosis a pesar de sus

ro está, pero subrayan que el empleo de la hipnosis en las operaciones quirúrgicas o los partos sólo se puede hacer con un limitado porcentaje de pacientes. Sin embargo asombra su casi completa ausencia en un país como Francia.

éxitos. A partir de 1847, la anestesia mediante el éter y el cloroformo, y luego la posibilidad de la analgesia local, es decir, limitada a una parte del cuerpo, aportaron a la medicina el argumento de un procedimiento racional e independiente de la calidad de la relación con el enfermo. La imposibilidad de comprender la hipnosis manteniéndose en un marco anatomofisiológico estricto ponía irónicamente en duda numerosos preceptos médicos establecidos. Y acabó desapareciendo del campo de la medicina a pesar de su poder revelador acerca de la condición humana. «A partir de febrero de 1860 ya no oyó hablar más de ella», escribió Jules Rochard en 1875.[36] En adelante se mantuvo aislada en los dominios de las enfermedades mentales, y la muerte de Charcot en 1893 es el signo de un nuevo rechazo de su empleo. Después de la segunda guerra mundial se realizaron intervenciones quirúrgicas o partos con analgesia hipnótica de manera regular.[37] Pero los comprobados efectos de la anestesia o de la analgesia, la comodidad de su empleo, bien adaptado al carácter uniformador y rutinario de los hospitales, contribuyeron a mantener la hipnosis al margen, como un método artesanal e incierto, a pesar de su innegable valor terapéutico o analgésico.

El acompañamiento, la escucha, la capacidad de contener la ansiedad, la acogida por los terapeutas o la familia de la palabra sufriente, ejercen un efecto de apaciguamiento del dolor. En tal contexto, a veces, para aliviar al enfermo bastan dosis mínimas de antálgicos. Por el contrario, el abandono, la soledad, atizan el fuego de

36. J. Rochard, *Histoire de la chirurgie française au XIXème siècle*, París, 1875, p. 495. Cf. También R. Rey, *op. cit.*, pp. 292 y ss.
37. Cf. L. Chertok, *op. cit.*, pp. 24 y ss.

un dolor que traduce un intenso sufrimiento, un grito dirigido a los allegados o a los terapeutas, última señal de una voluntad de existir. De ahí que suelan producirse conflictos entre enfermos técnicamente bien atendidos, pero que no cuentan con ningún contacto amistoso, y que padecen por añadidura el haber sido abandonados (o el tener dicha impresión) y terapeutas llenos de resentimiento por las exigencias de aquéllos, que les parecen desproporcionadas con la enfermedad. Pero la experiencia demuestra que el sentimiento de abandono o de rechazo aumenta el dolor. Un estudio ha medido la incidencia del efecto antálgico del cóctel Brompton (un narcótico utilizado por el equipo del hospital Saint Cristopher de Londres) en tres contextos diferentes: salas colectivas, habitaciones individuales en un marco hospitalario corriente y servicio de cuidados paliativos. Los enfermos que gozaban de acompañamiento sufrieron menos dolores que los demás pacientes. En el servicio de atenciones paliativas no sintieron ningún dolor clasificado como «devastador, terrible o atroz», mientras que el 10 % de los enfermos atendidos en habitaciones individuales y el 13 % de los alojados en salas colectivas se quejaron de ellos.[38] La eficacia del placebo o de la calidad de la presencia de los acompañantes recuerda hasta qué punto el dolor está arraigado en la dimensión simbólica, es decir, inmerso en el centro del vínculo social y del sentido. No hay una objetividad del dolor, sino una subjetividad que concierne a la entera existencia del ser humano, sobre todo a su relación con el inconsciente tal como se ha constituido en el transcurso de la historia personal, las raíces sociales y

38. R. Melzack y P. Wall, *op. cit.*, p. 225.

culturales; una subjetividad también vinculada con la naturaleza de las relaciones entre el dolorido y quienes lo rodean.

El control personal

Según Epicuro, cuando un placer se le ofrece al ser humano conviene saborearlo, impregnarse de él, apegarse. Cuando llegan los malos tiempos del dolor, el recuerdo de aquél es un precioso recurso. Epicuro vuelve la pena más ligera con la rememoración de los disfrutes anteriores, alejando así de la conciencia la presencia que todo lo abarca del mal. En este marco se enfrentan dos adversarios. El recuerdo de los momentos propicios no siempre tiene el poder suficiente para romper el yugo. Sin embargo, la distancia tomada aligera la pena, recuerda los placeres pasados y los que vendrán en el futuro una vez que la prueba se haya superado. Epicuro confía en el razonamiento y el poder interior del hombre. El estoico Marco Aurelio cita su actitud como ejemplar: «Dice Epicuro: "En la enfermedad, mis conversaciones nunca se referían a los sufrimientos de mi pobre cuerpo; no hablaba jamás de ello a quienes venían a verme. Pero seguía ocupándome de los principios concernientes a los temas naturales, buscando sobre todo saber cómo el pensamiento, aun resintiéndose con las conmociones del cuerpo, permanece exento de perturbaciones y conserva el bien que le pertenece."»[39] En el momento de morir, Epicuro se dirigió a Idomeneo: «Te escribo esta carta en los bienaventurados últi-

39. Marco Aurelio, *Pensées pour moi-même*, Garnier-Flammarion, París, 1964, p. 155.

mos días de mi vida. El vientre y los riñones me provocan dolores indecibles. Pero están compensados por la alegría que siento al recordar nuestras conversaciones.»

En la moral estoica el dolor de los seres humanos es un mordisco de la naturaleza. Roe la carne, pero sin imponer su significado. La soberanía del hombre consiste en el juicio que le dedica, que anula sus efectos o los exacerba. El dolor no se explica a sí mismo, salvo cuando viene acompañado de un juicio negativo nacido para enfrentarse a él. El hombre no reacciona ante una situación, sino ante la opinión que se ha formado de ésta. El estoico permanece inalterable ante las situaciones dolorosas puesto que entre su persona y las inclemencias del mundo erige la omnipotencia de su decisión. Perder el control del acontecimiento es perderse a uno mismo, ya que el acontecimiento es un pretexto para la voluntad personal. La libertad es moral; no escapa a la adversidad, pero la consiente por medio de una acción personal. Nada concierne tanto al ser humano como su disposición interior, de la cual es único amo y señor. «No estoy obligado —escribió Séneca—, no sufro nada, no soy esclavo de Dios, comparto su decisión, y ello tanto más por cuanto sé que todo se produce en virtud de una ley bien definida y establecida para siempre.» Ninguna fuerza pueda doblegar a un hombre que oponga una feroz resistencia. Famosas anécdotas relativas a la firmeza ante el dolor lo corroboran. Laterano, a quien Nerón sospechaba conspirando en contra suya, opuso a cada una de las amenazas de éste su propio poder de dar significado a las torturas que le esperaban. «Cuando fue conducido al suplicio, y el primer golpe del verdugo resultó demasiado débil para cortarle la cabeza, Laterano la retiró un momento,

luego la ofreció otra vez, con mucha firmeza y confianza», cuenta Epicteto en los *Coloquios* (I: 4). Posidonio, dolorosamente afectado de un ataque de gota, recibió a Pompeyo y filosofó con él acerca de las virtudes del bien. Por momentos, atenazado por el dolor, exclamaba: «No hay nada que hacer, dolor; por penoso que seas, nunca admitiré que eres un mal.» El propio Epicteto ofrece un ejemplo de esta apacible firmeza ante las circunstancias, un día en que su maestro le aplicó un instrumento de tortura en la pierna: «"Presta atención —le dijo Epicteto—, la quebrarás." —Y la pierna se quebró, en efecto—. "Ya te lo había dicho"», concluyó Epicteto.

Cuando el ser humano que sufre lucha contra sus dolores posee todos los medios apropiados para contenerlos o disminuirlos, aunque los tratamientos médicos hayan fracasado. Más allá de las herramientas provistas por el yoga, la relajación, la sofrología, la meditación o la hipnosis, los enfermos se abren su propio camino hasta el núcleo de un dolor convertido en un permanente desafío ineludible. Una mujer alivia sus jaquecas pensando en un paseo por los lugares preferidos de su infancia; otra emplea el recuerdo de un amigo que se tensaba ante la ofensiva del dolor y así lo expulsaba fuera de su cuerpo. Un terapeuta identifica el dolor de un niño con un monstruo y le enseña a domesticarlo. Un joven accidentado, víctima de un desgarramiento de nervios en el plexo braquial, oye decir a un médico que los dolores que le atormentan durarán por lo menos cinco años: «el tiempo que tarda el cerebro en comprender» (¡!). Ante la impotencia médica para aliviarlo, decide entrar en su dolor y controlarlo. «Me dije: "puesto que este dolor viene de mí, debo poder dete-

nerlo [...]" Cuando había superado un cierto umbral, sabía que no podía nada contra él; pero, tan pronto como comenzaba a anunciarse, mediante una cierta concentración mental, progresivamente conseguí controlarlo cada vez más. Al principio lograba bloquear un acceso sobre veinte, luego uno sobre diez, luego uno sobre cinco.» Después de algunas semanas consiguió frenarlos todos, incluso mientras conversaba con alguien. Para sorpresa del médico, con el mismo sistema controló el dolor de un penoso examen.[40] Podían citarse numerosos ejemplos más de este género. Pascal opuso al dolor de muelas que lo atormentaba la diversión de un difícil problema matemático que reclamaba su atención. Kant, presa de sus ataques de gota, fijaba la atención en un nombre o un objeto cualquiera que le permitía no sólo olvidar su pena, sino, además, dormirse. Puesto que no es un mero hecho biológico, sino que siempre recibe la impronta de la significación que el ser humano le otorga, el dolor nunca está completamente fuera de su alcance.

40. Este último caso es relatado por M. Schattner, *Souffrance et dignité humaine*, Mame, París, 1993, pp. 31 y ss.

JOB O LA BÚSQUEDA DE SIGNIFICADO

> La imposibilidad en que nos hallamos de establecer una correspondencia regular entre el mal sensible, que es el dolor, y el mal moral, que es el pecado, crea en la conciencia humana una perturbación extremadamente profunda. Si esta correspondencia existiera siempre, el mal dejaría de sorprendernos; sería una especie de desorden compensado.
>
> LOUIS LAVELLE, *Le mal et la souffrance*

EL DOLOR Y EL MAL: DESDE LA BIBLIA HASTA EL CORÁN

El dolor plantea el tema infinito del significado del mal, y para toda conciencia religiosa es una objeción apremiante, una reticencia ante la imperfección final de una creación que oculta un lunar tan temible. Los sistemas religiosos integraron el sufrimiento humano en sus explicaciones del universo. Buscaron justificarlo en relación con Dios, los dioses o el cosmos; e indicar las maneras mediante las cuales los hombres debían asumirlo o combatirlo. Para muchas culturas, la humani-

zación del dolor pasa por la determinación religiosa de su causa y una moral de los comportamientos que seguir. La historia de Job es emblemática respecto al cuestionamiento obsesivo acerca del significado de un tormento semejante, en una Creación que se considera la de un Dios justo, amante y propicio a sus criaturas. Si Dios al crear el mundo ha creado o tolerado el mal, ¿cuál es entonces el alcance de su poder y cuál es la relación íntima con su creación, y en especial con el hombre? En la más remota antigüedad se advierte el esfuerzo de integración y de dominio del dolor, la voluntad de inscribirlo en una explicación coherente y darle un significado. La interrogación de Job, renovada por todo hombre que sufre, recibe diferentes respuestas según las religiones o cosmologías y el estatuto que éstas otorguen al mal. Sin pretensiones de exhaustividad, puesto que los debates teólogicos acerca de este tema son infinitos, plantearemos aquí sólo algunos puntos fundamentales de referencia, capaces de permitir la reflexión, ocupándonos, en principio, de las religiones del Libro, para evocar a continuación el lugar del sufrimiento y el dolor en las tradiciones orientales.[1]

En la tradición bíblica, la enfermedad y el dolor aparecen después que Adán y Eva hayan cedido a la seducción de la serpiente y comido el fruto del Árbol de la Ciencia del Bien y del Mal. En el origen, el mal es desconocido, entre el hombre y el mundo no existe ruptura alguna. El sufrimiento es extraño al Edén. Al romper la unidad primigenia, el hombre conoce la fra-

1. Dejaremos de lado las interpretaciones del mal y del dolor en las sociedades tradicionales o antiguas que merecen una obra aparte. Menos aún hemos de ocuparnos de las filosofías que se empeñaron en la resolución de este problema.

gilidad de su nueva forma de existencia. El dolor es una consecuencia del advenimiento de la conciencia. Al separarse de Dios, el hombre se vuelve plenamente responsable de su destino, accede a la dimensión simbólica, es decir, al significado y al valor, pero también a la separación, a la ambivalencia. A partir de entonces irrumpe el mal en la condición humana. Antes del exilio del hombre al este del Edén no existían dolor ni enfermedad ni muerte. La desdicha es un efecto de la ruptura entre el hombre y lo divino.

Los relatos de la Biblia suelen asociar la prosperidad y la salud con la fidelidad del hombre a los mandatos de Dios. La desgracia, el sufrimiento, el dolor gravan toda infracción de la ley. Un principio de justa retribución condiciona las relaciones del hombre con el mundo y con Dios. El castigo recae sobre aquel que se aleja del recto camino y provoca la cólera divina. Sobre la condición humana se ejerce una metafísica inexorable que procura castigar en exacta proporción con la falta cometida. El justo es feliz y sin historia, el malo paga su extravío con dolor. «¡Bienaventurado el justo, porque habrá bien, comerá el fruto de sus obras! ¡Ay del impío, porque habrá mal, recibirá el pago de las obras de sus manos!» (Isaías, 3: 10-11). Las diez plagas de Egipto (Éxodo, 7-11), la lepra que se infligiera a María, la hermana de Moisés (Números, 12: 10), los dolores de vientre del rey Joram (2 Reyes, 21: 18), la lepra de Guejazi (2 Reyes, 5: 27), etc., son algunos ejemplos bíblicos, entre otros, de un objetivo de la enfermedad que viene para sancionar al culpable por sus transgresiones de la ley. Las consecuencias del castigo de los padres se extiende a veces a sus hijos: «...yo soy Yavé, tu Dios, un Dios celoso, que castiga en los hijos las iniquidades de

los padres hasta la tercera y cuarta generación de los que me odian» (Éxodo, 20: 5). El dolor es la señal de un pecado. La mancha del alma precede y hace posible la mancha del cuerpo: el dolor o la enfermedad son las versiones somáticas del pecado. «La mano de nuestro Dios está para bien de ellos sobre cuantos le buscan, y su imperio, y su poder, y su indignación se hacen sentir de todos los que lo abandonan»* (Esdras, 8: 22). Numerosos episodios bíblicos ilustran la predisposición al sufrimiento de quienes desprecian la ley. El dolor no es objetable en sí mismo, después de todo: se lo admite como rigor divino contra las debilidades humanas. En cambio, su distribución suscita interrogantes y rechazos. El relato bíblico se hace eco del justo que teme ver prosperar al impío y caer la desgracia sobre el irreprochable. «En vano, pues, he conservado limpio mi corazón / y he lavado mis manos en la inocencia. / He sido flagelado de continuo / y castigado cada mañana» (Salmos, 73: 13-14). El Eclesiastés también duda: «Sin embargo, tal vanidad se da sobre la tierra: que son tratados justos como conviene a los malvados, y malvados como conviene a los justos» (Eclesiastés, 8: 14). Jeremías también se queja a Dios, con amargura: «¿Por qué es próspero el camino de los impíos / y son afortunados todos los perdidos? / Tú los plantas y echan raíces, / crecen y fructifican» (Jeremías, 12: 1-2). El profeta ruega a Dios fidelidad a la ley mediante el castigo del réprobo por la

* La traducción de Nacar y Colunga, que se ha empleado como referencia porque es la más divulgada, omite esta referencia al Salmo 146: 6: «A los humildes el Señor levanta / y a los impíos derriba...», que no obstante puede leerse en el original hebreo, en la *Vulgata* y en la práctica totalidad de las traducciones castellanas. Cf. Sagrada Biblia, por Serafín de Ausejo, Editorial Herder, Barcelona, 1977. *(N. del t.)*

desdicha, exige una justicia de hierro para los hombres que desprecian el vínculo social y son descuidados con su creador. Si la comunidad hebrea original afirma que todo hombre recibe según sus méritos, la indignación de los justos recuerda que los hechos suelen ser diferentes y recompensan el mal mientras castigan la virtud.

El libro de Job da una dimensión ejemplar a este debate entre Dios y los hombres. El texto plantea la eterna pregunta de la justicia en el transcurso de la vida corriente, y sobre todo la del sufrimiento del hombre honesto: «¿Por qué yo?»[2] Job es un hombre piadoso que vive en el temor de Dios y se abstiene del mal. Rico, hospitalario, feliz, amado por su comunidad y colmado por la fortuna. Un desafío entre Dios y el diablo quebranta el bello edificio. Dios pone a prueba la fidelidad de Job con las más crueles armas. Job pierde riqueza e hijos y resiste al infortunio, no se queja. Se desgarra las vestiduras en señal de duelo, y se rasura la cabeza, antes de prosternarse ante Dios: «Desnudo salí del vientre de mi madre y desnudo tornaré allá. Yavé lo dio, Yavé lo ha quitado. ¡Bendito sea el nombre de Yavé!» (1: 21). Dios triunfa ante el diablo, que sugiere entonces otra prueba: «Si extendieses tu mano y tocaras su hueso y su carne, [veríamos] si no maldeciría tu rostro» (2: 5). Aunque resistiera a la muerte de sus hijos y a la pérdida de sus bienes, Job se derrumba ante la desgracia física que lo roe. Job, sentado sobre ceniza, se rasca las úlceras con un tejón. Todo su ser es llaga. Acuden tres

2. El libro de Job ha sido objeto de innumerables comentarios. En el artículo de G. Moretto, «Presenza del Libro de Giobbe nel pensiero moderno: une bibliografia» se presenta un estado de la cuestión. Véase también Ph. Némo, *Job et l'excés du mal*, Grasset, París, 1978.

amigos a consolarle, pero no pueden reconocerlo de tanto que lo han marcado las pruebas. Prorrumpen en sollozos ante tamaño sufrimiento, se desgarran las vestiduras y se cubren la cabeza con polvo del camino en señal de duelo. Durante siete días y siete noches junto a Job, callaron. Al octavo, Job salió de su silencio para maldecir el día de su nacimiento. El dolor moral de Job, golpeado por la injusticia, supera el dolor físico derivado de la multitud de sus males. Si hasta había soportado la prueba hasta ese momento, entonces se rebela contra su suerte. No comprende el dolor sin límite que lo desgarra con tanta saña. Los tres amigos intervienen a su vez, uno tras otro, para darle consejo, pero decepcionan las esperanzas de Job y acrecientan el rencor de éste, porque presumen mala conducta de su parte. Los tres amigos representan la creencia tradicional en toda desgracia como un castigo por faltas cometidas contra Dios o los seres humanos. Las calamidades que cayeron sobre Job son signos de una culpabilidad que éste no tiene derecho a negar. Si se siente puro es porque ha pecado sin saberlo, o que la sombra maléfica de una mala acción de alguno de sus hijos llega hasta él. Ningún hombre es inocente ante Dios. La insistencia de los amigos de Job en convencerlo de su culpa está en proporción con el espanto ante una posible alteración del orden del mundo que introduce súbitamente la notoria posibilidad del castigo del justo o la recompensa del mal. Elifaz de Temán le recuerda: «¿Qué inocente pereció? ¿Qué justos fueron exterminados? Por lo que siempre vi, los que aran la iniquidad y siembran la desventura, la cosechan» (4: 7-8). Elifaz invita a Job a arrepentirse sin dudar de su retorno a la prosperidad y a la salud, si se arrepiente. Bildad de Suaj también lo insta a

tener confianza (8:20): «Dios no rechaza al íntegro ni toma de la mano a los malvados.» Incitan a Job a hacer examen de conciencia y a pedir perdón a Dios por sus pecados. Sofar de Naamat le reprocha su insolencia ante Dios: ¿quién es él para poner en duda las decisiones divinas? Que se arrepienta de una vez y todo volverá al orden. Los tres amigos no hacen más que hablar de hechizos, y no aducen razones para llamar a Job al remordimiento por sus pecados. Pero éste no cede, refuta con obstinación las palabras de sus amigos. ¿Por qué haría penitencia si no es culpable de nada, si es irreprochable ante Dios? Su queja se refiere no sólo al hecho de sufrir en su carne y linaje, sino sobre todo a no disponer de asidero alguno en una situación para él tan inédita y absurda que cuestiona el orden moral del mundo. Pero rechazando la tentación de la locura o la desesperación, no se deja destruir por los acontecimientos. Al conminar a Dios a que responda a su punzante pregunta mantiene un control sobre la situación: «si he errado, hacédmelo ver», implora Job (6: 24), que no pierde la confianza en el juicio de Dios. Antes de morir querría ver a Dios haciéndole justicia y reduciendo las acusaciones de sus amigos.

Lo intolerable de su dolor procede de la incomprensión de su causa. «Si grito: "¡Violencia!", no obtengo respuesta; / aunque clame, no hay equidad. / Ha vallado mi camino y no puedo pasar, / y sobre mis senderos ha puesto tinieblas» (19: 7-8). Porque la prueba que se le impone, a su juicio, es insensata, Job está destrozado, se rebela y no deja de interrogar al cielo. Si el dolor es violencia, también es injusticia. O hay que admitir que el mundo, al serle indiferente a Dios, es un sin sentido. El Libro de Job es una objeción a otros relatos

de la Biblia que asocian el dolor con el necesario castigo del pecado. En los Salmos o en el Eclesiastés se elevan otras voces para denunciar una situación que suma el dolor, la prueba del abandono y el juicio inclemente de los demás, a los que les basta la presunción de culpabilidad. Es posible sufrir y ser inocente de todo pecado. Sin embargo, los amigos de Job insisten para que admita la falta cometida por él o por sus hijos, la indignidad que a buen seguro ha cometido encima está agravada por su actitud de recusación ante los decretos de la Providencia. Ante la firmeza y la pasión que muestra Job defendiendo su inocencia, los otros pronto se impacientan (19: 2): «¿Hasta cuándo afligeréis mi alma / y me machacaréis con vanos discursos? / Ya me habéis afrentado diez veces, / y me maltratáis sin avergonzaros.» La experiencia de Job no es menor que la de sus amigos, pero le sirve para alimentar su queja en vez de reducirla a un silencio que equivaldría a una admisión de la culpa. Job reconoce la legitimidad de su discurso: «Lo que vosotros sabéis, lo sé yo también, no soy menos que vosotros.» E incluso admite: «¡He oído ya muchos discursos semejantes!» (16:2.) Pero con ambigüedad, por si encontrase al fin alguna razón para el sufrimiento de un hombre que aduce su inocencia, pero decididamente no puede encontrar en sí mismo nada que justifique semejante trato. ¿Sólo existirá la propia inocencia, y nunca la del otro? La testarudez de los amigos de Job en considerar el sufrimiento de éste desde el dogma los vuelve refractarios a toda compasión, su conocimiento los vuelve sordos a la pena de su amigo, se transforman en despiadados acusadores. La palabra es impotente, y revela la soledad de Job: «¿Será por tu piedad por lo que Él te corrige / y entra en juicio contigo? / No es más bien por tu gran malicia / y por tus faltas sin número?» (22: 4-5), acaba diciendo Elifaz como último recurso. Un cuarto personaje, Elihu, se encoleriza contra la desmesurada presunción de Job que se atreve a interpelar a Dios de esa manera, un orgullo semejante denuncia, a juicio de Elihu, el pecado anterior. Después de hacer un elogio servil de la irreprochable justicia del creador, que devuelve a Job a la indignidad, Elihu recapitula de manera más agresiva las palabras que hasta entonces han intercambiado los tres amigos.

Por fin Dios interviene y hace justicia a Job. No obstante, lo regaña mostrándole la vastedad de su ignorancia en las cosas de la Creación: «¿Dónde estabas al fundar yo la tierra? / Indícamelo si tanto sabes» (38: 4). Una distancia infinita separa el saber de Dios del muy irrisorio del hombre. Dios tiene sus razones que el humilde entendimiento humano no puede penetrar. Y Job admite su impotencia. Pero Dios también se vuelve haca Elifaz y lo censura: «Se ha encendido mi ira contra ti y contra tus dos compañeros, porque no hablasteis de mí rectamente como mi siervo Job» (42: 7). Dios toma partido por el hombre sufriente (e íntegro), ante el formalismo religioso que impone silencio a la compasión por el peso de las fórmulas sagradas. El rostro de Job tiene mayor peso que la ley abstracta que parece aplicarse a su caso. Dios se niega a revelar a Job la causa de sus desgracias. Ésta sigue siendo un misterio. Si el sufrimiento tiene un significado, está más allá de la inteligencia humana, pero nunca es inútil y gratuito. Acerca de éste punto más vale callar y encomendarse a Dios. «¿Aún pretendes menoscabar mi juicio? / ¿Me condenarás a mí para justificarte tú?» (40: 8), pregunta Yavé. Job reconoce su orgullo e insignificancia (42: 6):

«¡Por eso me retracto / y hago penitencia sobre polvo y ceniza!» Ante la omnipotencia de Dios sólo queda el silencio. Dios tiene razones inconmensurables con el hombre. El dolor no responde al tranquilizador cálculo de que había una retribución de cada uno según sus méritos. El infinito del mal pesa de manera implacable sobre la condición humana. Job al menos aprende que todo sufrimiento entraña un significado a ojos de Dios. Y se pregunta acerca de sus existencia pasada, quizá su preocupación por la escrupulosa observancia de la Ley disminuyera su sensibilidad hacia los demás. La piedad cerrada sobre sí misma es apenas una sombra de fe si no incluye al otro. Job resulta metamorfoseado por la prueba, la humildad lo devuelve a lo esencial. «Yavé restableció a Job en su estado, después de haber rogado él por sus amigos...» (Epílogo: 10).

La historia de Job opone la confianza a la aplastante soledad experimentada por el ser humano doliente. La altura de Dios no está a la del entendimiento humano, pero no significa el abandono o el caos de su creación. El silencio de Dios no debe desalentar al fiel que permanece siempre bajo su mirada, que no es remota ni indiferente. Mediante la prueba infligida, Dios templa el alma de Job, aunque este último sea un hombre recto y piadoso. Pero precisamente en esto reside la dimensión ejemplar del Libro de Job: ofrecer a cada creyente un sentido y una línea de conducta ante lo inexorable. Sólo puede asumirse el dolor considerándolo una experiencia personal que tiene un sentido. A partir de esto puede decirse que no hay límites. En ningún momento pierde Job la esperanza de una respuesta, ni en lo más profundo de su desgracia. No deja de discutir con los amigos y de rebatir las acusaciones de éstos con

energía. La infatigable rebelión de Job contra su creador le permite mantener siempre intacta su identidad amenazada, y buscar sin descanso un significado al dolor que lo aqueja. Esa obstinada voluntad de comprender le impide la disolución en el horror y la depresión.

El sufrimiento ocupa entonces un lugar tanto más significativo en la historia judía por cuanto es intolerable ver a Dios suspender su ayuda y multiplicar las pruebas. El sufrimiento del justo es un enigma inaprehensible. La tradición judía mantiene abierto el debate entre el creador y su criatura, e incluso autoriza la rebelión. El sufrimiento no es una transmutación del alma, es un mal fuera del alcance de la inteligibilidad, pero del cual el hombre está autorizado a lamentarse cuando se siente golpeado injustamente. Se ha otorgado la libertad de lamentación, y la de rebelión, como lo ejemplica Job. Para oponerse al dolor se conceden todas las licencias. Al contrario del pensamiento del cristiano, el judío es extraño a la ascesis o a la mortificación. Infligirse voluntariamente un dolor para acercarse a Dios no tiene sentido. Esas torturas deben evitarse en la medida de lo posible (incluso con los animales, como lo prueba el riguroso rito que hay que seguir para matarlos cuando van a servir de alimento a los seres humanos). La circuncisión se realiza con grandes precauciones para que el niño no sufra. En la agonía, cuando el sufrimiento es intenso, aunque la eutanasia activa esté rigurosamente prohibida, en las plegarias puede pedirse a Dios que nos llame a su seno. «Es completamente lícito —dice el rabino E. Gugenheim— desear el fin del enfermo que sufre mucho sin esperanzas de curación, y se puede orar en tal sentido. Tal como lo prueba la muerte de Rabbi... Mientras los prudentes ruegan a

Dios que viva, la criada de Rabbi, al verlo presa de dolores intolerables, pedía a Dios que les pusiera fin: "Que sea tu voluntad que aquellos de arriba se lo lleven sobre estos de abajo." Esta plegaria eutanásica es lícita, porque en este caso no se arroga un derecho reservado a Dios, le dirige una súplica.» El dolor no es un castigo, ni mucho menos un camino de redención o una gracia particular. Se lo combate sin descanso por los medios de que dispone la comunidad, comenzado por la proximidad de los íntimos. El *phatos* no se convierte en *ethos*. «La prohibición de los analgésicos contradiría la concepción judía del mundo», escribió I. Jakobovits.[3] La consideración al enfermo incluso conduce a la preocupación por sus creencias espirituales.

La tradición cristiana, por el contrario, asimila el dolor al pecado original, lo convierte en un dato inexorable de la condición humana. Éste no es un castigo, como recuerda Jesús a sus discípulos ante un hombre ciego, cuando aquéllos le preguntaban «¿quién pecó: éste o sus padres, para que naciera ciego?» Jesús les respondió: «Ni pecó éste ni sus padres, sino para que se manifiesten en él las obras de Dios» (Juan: 9: 2-3). El dolor no es el castigo divino infligido a los menos dignos, no es consecuencia del pecado, mancilla o impureza, sino una oportunidad de participar en los sufrimientos de Cristo en la cruz.[4] La aceptación del dolor es

3. Y. Jakobovits, *Jewish medical ethic*, Nueva York, Bloch Publishing, 1959, pp. 99 y ss. El horror de la ley judía ante el dolor también se traduce —recuerda Jakobovits— por la justificación de la contracepción en la mujer que teme demasiado los dolores de otro parto (p. 104).

4. De hecho, la Iglesia suele ser ambivalente en este punto. A veces cede a la tentación de asimilar el sufrimiento al pecado. San Agustín atestigua con claridad estas vacilaciones. En su obra, en numerosas oportunidades se considera el pecado causa inmediata del dolor. Acerca del tema, consultar: G. Fourure, *Malheur et châtiment. Histoire d'une controverse et réflexions théologiques*, Lille, Faculté de Théologie, 1955.

una forma posible de devoción que acerca a Dios, purifica el alma. Durante mucho tiempo, sobre todo en la antigüedad y en la Edad Media, se lo consideró una gracia particular. Agudiza la humildad y templa el alma: «Por lo cual, para que yo no me enorgulleciese, fueme dado un aguijón de carne, un ángel de Satanás, que me abofetea para que no me engría» (II Cor., 12: 7). Lejos de ser motivo de horror, como lo es todavía para Job, quien no comprende los designios de Dios que conciernen a su persona, el cristianismo ordena al doliente que acepte el sufrimiento. La inocencia de Jesús en el suplicio, pero aceptando con cabal lucidez su destino para la salvación del mundo, acaba con el rechazo de Job y su actitud de sostener la mirada ante su creador.

El cristianismo se aleja del soberano orgullo de Job, quien arguye sin cesar, convencido de ser perseguido injustamente, víctima de un error o de un capricho que encajan mal con la imagen que se había hecho de Yavé. Se aparta también de la firmeza predicada por las filosofías griegas que tomaban ejemplo de los héroes antiguos o del estoicismo, que optaba por una lucha del carácter del individuo contra lo intolerable, sin que la voluntad personal abdicase jamás.[5] La gran paradoja del

5. «Nada queda de ese orgullo del hombre de la antigüedad que se glorificaba con el sufrimiento, porque la intensidad de éste era la medida de su propias fuerzas, las que podía mostrar a la mirada del otro. Nada queda tampoco de esa dignidad que quiere que el sufrimiento se disimule ante los otros como ante sí mismo, con la apariencia de un humor inalterable o en las formas retóricas del "sabio" sufriente y moribundo», M. Scheler, *Le sens de la souffrance*, Aubier, París, 1936, p. 64.

judaísmo, el «justo que sufre», desaparece, igual que una gota de agua en el mar, ante la imagen de un hombre que sufre inocentemente por los pecados cometidos por los otros hombres, de un hombre que al mismo tiempo es Dios y que exhorta a todos a seguir su camino de la cruz. El sufrimiento recupera el derecho de ser el sufrimiento inocente.[6] El enfermo es liberado del oprobio que pesaba sobre él. El Sermón de la montaña, lejos de rechazar el dolor como extraño a la condición del hombre, lo convierte en un camino privilegiado de acceso a Dios, sin erigirlo no obstante como necesidad, puesto que otras vidas son igualmente propicias. Pero el sufrimiento es purificación, es redención posible. «...aunque ahora tengáis que entristeceros un poco, en las diversas tentaciones, para que vuestra fe, probada, más preciosa que el oro, que se corrompe aunque esté acrisolado por el fuego, aparezca digna de alabanza, gloria y honor en la revelación de Jesucristo [...]» (Primera carta de Pedro, 1: 6-7).

La muerte de Jesucristo en la cruz es en esencia un misterio del sufrimiento, un relato de la redención por un dolor infinito, el único adecuado para absorber el infinito pecado de los seres humanos. Durante largo tiempo, para el cristiano el dolor es participación en una modalidad menor de los ejemplares sufrimientos de Cristo, cuya intensidad sabe que nunca conseguirá alcanzar. El dolor se cultiva a diario en ciertas formas de piedad o de misticismo, de modo que cada jornada se convierte en un camino del calvario simbólico, un nuevo itinerario de la Pasión.[7] Se convierte hasta en una forma de vida que demuestra la capacidad de elección, el dominio sobre la propia vida. Numerosos místicos lo atestiguan *(infra)*. Léon Bloy escribió en tal sentido a Barbey d'Aurevilly: «Desde mi infancia, no recuerdo haber estado alguna vez sin sufrir de todas las maneras, y a veces con increíble exceso. Ello simplemente prueba que Dios me ama mucho. He meditado con frecuencia acerca del sufrimiento. Llegué a convencerme que aquí abajo no existe otra cosa sobrenatural que él. El resto es humano.»[8] En el pensamiento de Pascal, todo sufrimiento presente continúa el martirio de Jesucristo en la cruz: «Entrad en mi corazón y en mi alma para llevar allí mis sufrimientos y continuar soportando en mí lo que os queda por sufrir de vuestra Pasión, que acabáis en vuestros miembros hasta la consumación perfecta de vuestro cuerpo, para que estando lleno de vos, ya no sea yo quien vive y sufre, sino que seáis vos que viváis sufráis en mí; Oh, mi Salvador.»[9] Aquí abajo el dolor tiene una dimensión expiatoria de la cual la tradición cristiana nunca pudo desembarazarse por completo. La campesina húngara Margit Gari, en su actual catolicismo popular sigue haciéndose eco de Pascal: «El lecho del enfermo, el lecho de sufrimiento, es el purgatorio en esta tierra —escribe— [...] El dolor de mi vida resume los sufrimientos que tendré que soportar en el más allá.»[10] En el cristianismo, sobre todo

6. *Ibidem*, p. 65.

7. Esta tendencia aparece sobre todo a partir del siglo XII, que se apasiona por el dolor del Gólgota. Cristo se presenta desde entonces, corrientemente, como una víctima expiatoria; cf. Georges Duby, «Reflexions sur la douleur physique au Moyen Âge», en *La Douleur*, Éditions des Archives Contemporaines, París, 1992.

8. Citado por A. Beguin, *Bloy, mystique de la douleur*, París, 1948, p. 58.

9. Pascal, *Prière pour le bon usage des maladies, Œuvres complètes*, t. 3, París, Desclée de Brouwer, 1992, pp. 1011-1012.

10. M. Gari, *Le vinaigre et le fiel*, Plon, París, 1983, p. 38.

en su versión católica, hay una forma de culto al dolor, pero éste no es un valor en sí, puesto que en tal caso sería pura crueldad infligida a los demás o a uno mismo. Se lo considera una suerte de alquimia que transmuta el alma y la acerca a Dios. El dolor prueba el espíritu del creyente y le ofrece la oportunidad de demostrar sus méritos. El hombre de fe acepta el sufrimiento que lo desgarra porque le concede un significado y un valor. Lo considera una prueba enviada por Dios para enmendarlo.[11] Pero, claro está, hasta un cristiano ferviente experimenta momentos de duda. Semejante a Job, Jesús en la cruz se acerca al hombre corriente, frágil y doliente, susceptible de flaquezas, de pronto aterrado porque Dios se haya retirado. Sobre el Gólgota, Jesús habla del sufrimiento que padece, y de su miedo ante la muerte: «Hacia la hora nona exclamó Jesús con voz fuerte, diciendo: Dios mío, Dios mío, ¡por qué me has desamparado?» (Mat., 27: 46). Pero enseguida recupera su integridad. El silencio de Dios no es indicio de una ausencia. El cristianismo o el judaísmo no rechazan las manifestaciones del dolor. El lamento de Job es largo y expresivo, alcanza una elocuencia sin igual. El grito es lícito, igual que la queja y las lágrimas, si no es un menoscabo de la confianza en Dios.

«El deber del médico es empeñarse en calmar el sufrimiento en vez de querer prolongarlo el mayor tiempo posible (por cualquier medio que fuere y en cualesquiera condiciones), una vida que ya no es humana por entero y que con naturalidad se dirige a su desenlace: la hora inexorable y sagrada del encuentro del alma con su creador», escribió Pablo VI. La tradición católica, durante mucho tiempo dolorista, se abrió a los valores contemporáneos, ya no ofrece un austero alegato en favor del dolor. Aprueba sin equívoco la anestesia general o local, pero sin embargo aún admite que la experiencia del sufrimiento tiene un valor particular.[12] Pero ya no es la cruz lo que preside esta concepción, el dolor como pasión, sino el amor que brota de la cruz, es decir, la capacidad en el hombre para conservar la fortaleza de su alma. El sufrimiento de Jesús no sería nada sin el don, por amor, de su sacrificio. La ofrenda de dolor, que se valorizaba en el pasado, para el pensamiento cristiano contemporáneo[13] ya no tiene bastante sentido.

11. Para F. Varone, el cristianismo vincula el dolor con Cristo, y éste comparte así sus sufrimientos con el hombre; por otra parte, «lo que era escándalo extraño y anormal puede convertirse en beatitud siempre que se pase a un punto de vista dinámico: no tanto padecer una persecución como sostener un combate» (F. Varone, *Ce Dieu censé aimer la souffrance*, Le Cerf, París, 1986, p. 220). La posibilidad de acercarse a Dios por el sufrimiento, de convertir el dolor en una plegaria, sería aún más característico de la Iglesia oriental, de acuerdo con Max Scheler (*op. cit.*, p. 66).

12. «A través de los siglos y las generaciones humanas se ha comprobado que en el sufrimiento se oculta una fuerza particular que acerca interiormente el hombre a Cristo, una gracia especial. Es a ella a la que muchos santos deben su profunda conversión [...] el fruto de dicha conversión es no sólo el hecho de que el hombre descubre el sentido salvador del sufrimiento, sino sobre todo, que en el sufrimiento se convierte en un hombre totalmente nuevo. Encuentra allí como una nueva dimensión de su entera vida y vocación», Juan Pablo II, *Le sens chrétien de la souffrance*, Le Centurion, París, 1984, pp. 53-54. Juan Pablo II admite, no obstante, que «el dolor es difícil de comprender y difícil de aceptar, incluso para quienes tienen la fe. Ésta no quita el dolor». En 1967, durante su agonía, el cardenal Veuillot declaraba: «Decid a los sacerdotes que no hablen del sufrimiento. Yo mismo he hablado demasiado de él. Y al volver a pensar en ello he llorado.»

13. Véase, por ejemplo, P. Verspieren, *Face à celui qui meurt*, París, Desclée de Brouwer, 1984; X. Thévenot, *Souffrance, bonheur, éthique*, Salvator, París, 1990. Acerca de la historia de las relaciones entre la medicina y la Iglesia a partir del siglo XIX, remitimos a P. Guillaume, *Médecine, Église et foi*, Aubier, París, 1990.

Un médico italiano registra en su práctica diaria, desde hace unos treinta años, la progresiva renuncia a la idea de un dolor enviado por Dios como castigo por los pecados o como un medio de adquirir méritos para la vida futura. «Pretender que el dolor servía para expiar los pecados no quería decir que los dolores penosos correspondieran a faltas graves. También se pensaba que los sufrimientos de los justos eran una señal de que habían sido escogidos... Se había instaurado una comparación que asimilaba los sufrimientos propios a los de Cristo, la Virgen y los santos.»[14] Esta idea se ha debilitado mucho en la actualidad, y el dolor se vive como un trastorno que en principio merece un alivio. Como las demás religiones del Libro, el cristianismo se adapta a las circunstancias. La modernidad impone a los creyentes una nueva interpretación de los textos fundacionales, relegando así una fidelidad literal. Como los actuales medios médicos hacen que el dolor resulte evitable, éstas han modificado el antiguo significado de éste, asociado con lo inexorable. Las concepciones cristianas, escribió Buytendijk, «ven en el dolor un significado extraordinario, como realización de la condición humana, pero no se oponen a la confianza absoluta en la medicina y en la higiene, ni en su amplia técnica de prevención y de lucha contra el dolor».[15]

Las diferentes corrientes surgidas de la Reforma protestante niegan al fiel la tranquila confianza en las obras, en la búsqueda de la salvación. Entre lo que el hombre recibe y sus méritos no existe cálculo alguno

14. A. Pasqualino, «Il dolore, il malato, e il medico: dialogo, teatralizazzione, descrizione e racconto», *Quaderni del Circolo Semiologico Siciliano*, n.º 32-33, 1989, p. 208.

15. F. J. J. Buytendijk, *op. cit.*, p. 7.

que ayude a determinar el bienestar del alma de acuerdo con un baremo establecido de las buenas y malas acciones. Las iniciativas no bastan para lograr la salvación si la gracia divina está ausente. El hombre está definitivamente en deuda con su creador. La única remuneración de una vida piadosa consiste en el sentimiento de mantenerse más cerca de los mandamientos de Dios. La conducta comporta deber, *beruf*, expresión que en Lutero significa «trabajo» y «vocación» al mismo tiempo. La búsqueda de la salvación fuera de la vida mundana, en la calma de los monasterios, las mortificaciones impuestas por identificación con el Cristo sufriente, son prácticas extrañas a la Reforma protestante que predica más bien «el ascetismo intramundano» (M. Weber).

La relación con el dolor es uno de los puntos de divergencia con el catolicismo. La Reforma está traspasada por la corrupción ineluctable de la naturaleza humana después del Pecado original. La transgresión de Adán abre un abismo entre el hombre y la trascendencia. El dolor ha nacido del repudio de Dios, que expulsó al hombre del paraíso en castigo por su pecado. El hombre sufriente no es alcanzado por él en castigo por sus propios pecados, sino que frente al dolor consuma el destino de la condición humana después de la Caída. Todo dolor es memoria carnal de la Caída y participación presente en la falta inaugural de Adán. La Reforma en principio rompió con la noción de un dolor pleno de gracia y de virtud, adecuado para purificar al hombre o anticipar los futuros sufrimientos del purgatorio. El dolor sigue siendo, en el espíritu del Libro de Job, una prueba infligida por Dios que permite perfeccionarse al fiel, válida por los recursos del hombre a los que apela: la fortaleza de alma que permite superarlo

acerca a Dios. Al evocar el servicio fúnebre de un condiscípulo, recuerda un protestante: «El pastor que presidía el servicio fúnebre nos mostró que esta vida tan llena de dolores físicos, duelos y pruebas, que esta alma tan fuerte bajo su endeble envoltorio, era una sorprendente demostración de lo que puede la gracia de Dios. Y cada cual comprendía que estaba diciendo la verdad, que en esta existencia, de lucha toda ella, en este ser evidentemente sostenido por una fuerza de las alturas, Dios mismo aparecía.»[16] El dolor no es castigo ni poder de redención, puesto que el hombre está predestinado en su condición personal. Analizado por la razón, el sufrimiento es percibido como un mal cuyas mordeduras conviene esquivar. Es legítimo combatirlo y complacerse por empeñarse en ello, puesto que el dolor en sí es un camino indiferente a Dios.

Más allá de las intenciones claras, la cultura religiosa imprime su sello de manera difusa en los comportamientos y en los valores: opera al modo de un inconsciente cultural. La prescripción de antálgicos es un elemento de análisis a veces temible del sentimiento que empuja al médico a rechazar o a prescribir dosis no tanto en razón del sufrimiento del enfermo como a causa de las propias ideas del terapeuta sobre el tema, a riesgo, claro está, de permitir que el paciente sufra más. De tradición con frecuencia católica (pero retrasados con respecto a Roma), los médicos franceses durante largo tiempo tendieron a prescribir pequeñas dosis de morfina para aliviar el dolor crónico, o los de la agonía. Todavía en 1987 en Francia se empleaba en estos casos

16. J. Breitenstein, *Le problème de la souffrance*, Estrasburgo, 1901, pp. 58-59.

veinte veces menos morfina que en Dinamarca y el resto de los países escandinavos. Con el mismo sentimiento de la inutilidad y del carácter nefasto del dolor, los ingleses crearon un movimiento en los hospitales, con el objeto de aliviar los sufrimientos de la agonía y acompañar a los moribundos, prescribiendo dosis considerablemente más elevadas que las de los médicos franceses, pero que preservan la lucidez y la personalidad de los pacientes.[17]

Una de las primeras entre éstos, la reina Victoria, en 1853 pidió una anestesia con cloroformo para dar a luz a su segundo hijo. Repitió la experiencia en ocasión de su tercer parto. Y ello a pesar de la fuerza de la palabra cristiana: «Parirás con dolor» y del carácter todavía experimental de la anestesia en su época. Otra nación protestante, los Países Bajos, ha tenido a bien legitimar la eutanasia cuando la enfermedad es incurable, el dolor demasiado intenso y mutilador, y si el enfermo lo pide con insistencia. En dicho país, la eutanasia voluntaria, es decir, por expresa petición del enfermo, alcanza a 2.300 casos por año.[18] El sufrimiento experimentado no es redentor, es pura violencia. Asimismo, países protestantes como Estados Unidos y Gran Bretaña están en cabeza en la lucha contra el dolor en las *pain clinics* (clínicas del dolor).

Otra religión del Libro, el islam, también demuestra tener una actitud distinta ante el dolor. Desde el punto de vista etimológico, «islam» significa «sumisión a las

17. C. Saunders y M. Baines, *La vie aidant la mort*, Medsi, París, 1986.

18. *Impact Médecin Quotidien*, n.º 565, 1994. No obstante, existen diferencias de sensibilidad entre las diversas iglesias protestantes. La eutanasia suscita numerosas polémicas.

decisiones de Dios». El musulmán no se rebela ante la adversidad o los sufrimientos que lo afectan. Lucha contra el mal con sus medios de hombre, sin sublevarse contra Dios o entregarse a las lamentaciones. Los males de este mundo son pruebas destinadas a medir su fe. El dolor es un trago amargo que acerca al hombre a su creador. El musulmán está menos enfrentado que el cristiano o el judío a la paradoja del justo sufriente, puesto que si para estos últimos Dios es amor, para el primero es sobre todo poder absoluto. El fiel se entrega con paciencia a las manos de Dios y mediante la prueba demuestra su temple. *Mektub*: está escrito, no escapamos a nuestro destino. Si en su omnipotencia Dios ha querido el dolor, el hombre no puede sustraerse a él. «Y de Alá en cuanto [hay] en los cielos y cuanto [hay] en la tierra; perdona a quien quiere, castiga a quien quiere; y Alá [es] perdonador, apiadable» (III: 124).* Aunque los designios de la divinidad escapen al humano entendimiento, el hombre debe someterse a ellos. «[...] pero albricias a los pacientes» (II: 150). El dolor no es la sanción por una falta, está predestinado, inscrito en el hombre mucho antes de su nacimiento. El ciego, el lisiado o el enfermo están convidados a comer en la mesa común, ningún oprobio los separa del resto de los hombres. El sufrimiento, claro está, puede castigar el pecado en ciertos casos, pero no hay sistema alguno que rija la distribución, salvo la propia voluntad de Dios. La prosperidad del malvado no debe engañar al creyente, el castigo ya pesa sobre él: «El día que los envolverá el castigo por encima de ellos y por debajo de sus pies, y dirá [Alá]: Gustad lo que hubisteis hecho» (XXIX: 55).

* Rafael Cansinos Assens, *El Korán*, Ed. Aguilar, Madrid, 1951.

Pero si Dios ha creado el dolor, también ha dado el hombre los medios para combatirlo, mediante la medicina y la plegaria. Del creyente se requieren paciencia y temple, puesto que se sabe que Dios mide así su fe. Pero cada adversidad cuenta con un remedio; todo dolor tiene su bálsamo, y el fiel debe buscar alivio sin ahorrar esfuerzos. Con la ayuda de Dios encontrará salida para su mal. La plegaria es la primera medicina. Un creyente del primer siglo de la Hégira debía pasar por una operación en el brazo. No obstante, el hombre, por razones religiosas, se negaba a emplear los narcóticos usados en aquel tiempo, porque el alcohol formaba parte de su composición. Los médicos no pudieron convencerlo, ni siquiera recordándole que «Dios quiere la facilidad para el hombre» y que las circunstancias excepcionales autorizan la suspensión de ciertas prohibiciones. En consecuencia, el hombre fue operado durante la plegaria, cuando tenía toda la atención dirigida a Dios, y ello lo volvía indiferente a la intrusión del metal en su carne.[19] Los recursos de la medicina están a disposición del creyente.

Obstinarse en sufrir, de una manera complaciente, sin intentar nada para disminuirlo o suprimirlo, sería indicio de una conciencia equívoca. El Profeta vio una vez a un anciano desplazándose lentamente por un camino, sostenido por sus dos hijos. «Preguntó: "¿Por qué actúa de ese modo?" "Ha formulado la promesa de ir a pie", le respondieron. "En verdad —observó el Profeta—, Dios no necesita el suplicio que este hombre se inflige a sí mismo."» Y le ordenó que empleara una mon-

19. M. Al-Jeilani, «Pain: point of view of Islamic theology», *Neurochirurgia*, supl. 38, 1987, p. 132.

tura.[20] El culto del dolor es desconocido en el islam. El sufrimiento experimentado debe decirse, pero de manera moderada. El musulmán no se abandona a él. «Ibn Masûd informa: "Entré en casa del Profeta —sea sobre Él la gracia y la paz— que sufría. Lo toqué y le dije: '¡Soportas un gran sufrimiento!' 'Es verdad —respondió—, sufro dos veces más que un hombre corriente.'"» Asegura la tradición que el Profeta lloró cuando murió su hijo Ibrahim. «El corazón se aflige, los ojos vierten lágrimas —dijo a quienes le rodeaban—; pero nada diremos que pueda irritar a Dios.»

El aquí abajo es para el musulmán, igual que para el cristiano, un lugar de paso, una residencia provisional, y no un fin en sí mismo. El Corán tiene casi una resonancia hindú (o pascaliana) cuando dice, por ejemplo: «Sabed que la vida del mundo [es] un juego y una diversión; y gala y vanagloria entre vosotros, y aumento de las haciendas y los hijos [es] como lluvia; alegran a los infieles sus plantas y luego se agostan, y las verán amarillentas y luego se secan [...] Y no [es] la vida del mundo sino usufructo falaz» (LVII: 19-20). Sólo importa la vida futura en el paraíso por llegar, al cual nos conduce el buen gobierno en la vida. En tales condiciones no es posible demorarse en el dolor, que no tiene ningún valor redentor, pero es para el creyente una oportunidad de atestiguar, por medio de su firmeza en el transcurso de la prueba, su inalterable confianza en Dios. «Cuentan los hombres con que se les dejará que digan: "Creemos; y ellos no serán probados."» (XXIX: 1) Sumido en su dolor, el creyente no debe ale-

20. El-Bokhari, *Tradition musulmane. Choix de Al-Hadith*, Bagdad, 1980, p. 38.

jarse de su fe, el momento en que podría creer que Dios lo abandona es justamente aquel en que el Omnipotente lo tiene en sus manos para medir su sinceridad. Toda desesperanza sería una forma de blasfemia, una duda formulada contra el poder de Dios. En las garras de la desdicha el musulmán busca refugio en Dios: «Cuando los aflige aflicción, dicen: "Nosotros ciertamente [somos] de Alá, y nosotros ciertamente a Él volveremos."» En la perspectiva de la salvación, todo acontecimiento, sea feliz o desgraciado, tiene el mismo valor de examen moral del creyente. Matarse para escapar al sufrimiento o proceder a la eutanasia de un enfermo agobiado por los dolores es ajeno a la mentalidad musulmana. Un hombre estaba aquejado de úlceras y se mató. Dios dijo: «Mi servidor se ha adelantado a mí en relación con su vida. Declaro que el paraíso le es inaccesible.»[21]

El dolor merecido de las espiritualidades orientales

Las grandes religiones orientales como el hinduismo o el jainismo, y sobre todo el budismo, tienen el sufrimiento en el centro de sus metafísicas. Al mismo tiempo que comprueban el carácter doloroso de la condición humana, unas y otras, cada cual de acuerdo con su camino, proponen la liberación; pretenden sustraer al ser humano, mediante una disciplina constante, de un sufrimiento de otro modo inexorable. «El cuerpo es dolor, porque es el lugar del dolor; los sentidos, los objetos, las percepciones son sufrimiento porque conducen al sufrimiento; hasta el placer es sufrimiento, por-

21. *Ibidem*, p. 187.

que viene seguido de sufrimiento», resume Anirudha.[22] El sermón de Benarés, discurso inaugural de Buda, afirma que el hombre está inmerso en un infinito dolor desde que nace hasta que muere. Pero la espiritualidad oriental no se hunde en la desesperanza, sino que hace de la toma de conciencia del dolor como mantillo de la existencia una condición de la liberación. La emancipación del sabio se logra mediante el retiro de la vida mundana, la ascesis, la adhesión sin fisuras a los principios espirituales, la práctica de técnicas corporales como el yoga. La miseria de la vida humana no es producto de un castigo de los dioses, sino de la sola ignorancia de los hombres. La liberación reside en la revelación gracias a la cual todo sufrimiento se desvanece. En apariencia, el sabio sigue viviendo bajo los mismos auspicios que antes, pero está en otra parte, liberado, fuera de la condición humana.

En la espiritualidad oriental, la suma de dolores que afectan a un ser humano se asocia con las consecuencias de la transgresión. Pero el tema de Job carece de significado en ella, porque la responsabilidad no remite a una falta abstracta que pesa sobre los seres humanos, como el Pecado original, ni a las consecuencias de las acciones de la humanidad actual. Las concepciones de la persona que se perfilan en el hinduismo o el budismo están en los antípodas de las que presiden las nuestras, las occidentales.

El alma no nace de una sola vez, envuelta para siempre en un rostro y una carne que realizan sin equívoco a un ser humano reconocible entre todos, que

22. Citado por Mircea Eliade, *Le yoga. Inmortalité et liberté*, Payot, París, p. 23.

nace, vive, envejece y por último desaparece para siempre. El principio de su existencia le precede, y su forma humana actual es consustancial a la fugacidad, no es esencial, sino apenas una etapa en la corriente de las transmigraciones. La persona cristaliza una ilusión provisional. Corriente de consciencia coagulada por la memoria, carece de realidad sustancial. Se disuelve y regresa a la Unidad tan pronto como se alcanza la liberación. Una fuerza intangible permanece de existencia en existencia, uniendo unas con otras, pero desbordando al conjunto o a la singularidad. El hinduismo llama *atman* a ese principio espiritual que acoge a las formas sucesivas antes de su disolución última en el *brahman* (la Unidad, el Universo). El budismo se aleja de nociones como la de *brahman* o *atman*, de la misma manera que se aparta del clero o de los ritos propios del hinduismo. El nirvana está al alcance de cualquier hombre. Mientras los seres humanos permanecen en la ignorancia, creen en su existencia propia, separada de los semejantes y del mundo, en el seno de la engañosa permanencia de cuanto les rodea. El conocimiento consiste en superar esa separación, en sustraer progresivamente los velos de Maya. Pero la verdad en sí misma no tiene valor alguno, simplemente guía por el camino hacia la liberación; si no es un camino de salvación, no es nada. El mundo, de acuerdo con nuestros sentidos, es un simulacro de la realidad profunda. El nacimiento aparece como una creación cuando en verdad es metamorfosis, nueva prueba sobre el camino del *samsara* (el ciclo de las reencarnaciones); la muerte evoca un fin, una disolución del ser, pero es un paso hacia el abandono de unos despojos en espera de una nueva forma. El ciclo de la transmigración no es un destino envidia-

ble, sobre todo en el budismo, que asocia la entera existencia con el sufrimiento. La condición humana no está vinculada con una legitimidad que le de un valor absoluto. La vida es un tormento, diseminación del dolor que conduce a una gradual purificación. Velo tras velo, la ignorancia decrece, las ilusiones se disipan. Pero antes de alcanzar la liberación hay un largo camino mientras la amarga copa del *karma* no se haya bebido hasta las heces.

El dolor se origina en el principio de retribución que rige el *karma*. Las dosis personales de sufrimiento y su naturaleza están sometidas a esta ley inmutable. Toda acción procura una suma particular de méritos. Concierne no sólo al momento presente, sino a las vidas por venir de un hombre que tiene unas cuentas que rendir al final de su residencia. El *karma* traduce a un modo de existencia los efectos inducidos por las acciones positivas o negativas. A lo largo del *samsara,* el cuerpo es un mero atuendo provisional que da apariencia a un principio espiritual comprometido en esta aventura de manera eterna. Toda acción de los seres humanos se carga en su debe o en su haber. La calidad de existencia presente o futura, su condición, su revestimiento de carne, dependen de la ley del *karma*. La suma de alegrías o de dolores nunca es fruto del azar o de la libertad, sino la herencia necesaria, en un momento dado, de las vidas vividas. Una justicia implacable conduce a cada cual a recoger los frutos de sus acciones. Si toda alegría es merecida, los sufrimientos no lo son menos. El dolor físico experimentado, si en el momento actual tiene una causa contingente, en una existencia anterior conoció, por el contrario, una causa eficiente. El dolor es retribución por las faltas cometidas, las alegrías recompensan méritos acumulados. El niño que sufre enfermedades y muere hereda frutos de su *karma*, igual que los miembros de la familia en duelo pagan las consecuencias de las malas acciones cometidas en otros tiempos.

El hombre que sufre debe enfrentarse a sí mismo. Nunca está en condiciones de reprochar a Dios, a la manera de Job, la injusticia de la prueba padecida en relación con la probidad de su vida. Si el dolor lo lacera, su existencia presente no se cuestiona, sino su desidia o indignidad en sus otras vidas, sus otros cuerpos, sus otros rostros. La solidaridad que incluye al hombre en el seno del cosmos y lo mezcla con otras formas de existencia, todas ellas regidas por una causalidad rigurosa y universal, hace del mundo un estado moral permanente. Tierra, piedra, vegetales, animales, hombres, son estados cambiantes del valor moral del hombre. La naturaleza que se expresa en cada ser es el efecto de su conducta en ocasión de sus existencias anteriores. El sufrimiento que azota a una población envilece o degrada una especie animal o toca al niño cuando nace, consuma una justicia trascendente en cuyo transcurso una metafísica se convierte en física del dolor. El sufrimiento está justificado en el orden del mundo. Toda forma de existencia actual es una justa cosecha en relación con la siembra de acciones de las vidas anteriores. Todo hombre es hijo de sus obras, aun cuando, sobre todo para el budismo, el vínculo entre una existencia y la siguiente parece ser más lógica (kármica) que sustancial. La rebelión de Job es insensata desde la concepción hinduista o budista. La desigualdad de los hombres, lejos de ser resultado de circunstancias sociales o históricas, traduce simplemente la disparidad de sus *karmas*. El dolor es siempre me-

recido por razones que ha olvidado el individuo sufriente, pero que están marcadas con el sello de una necesidad inexorable, como retribución de méritos pasados.[23] Al mismo tiempo, el dolor sentido no es sólo nefasto, puesto que tiene valor de purificación de las malas acciones acumuladas. En consecuencia, resistir al dolor forja la determinación del carácter y aumenta la consciencia de sí. El *atman* que sufre en su vida presente, bajo los auspicios provisionales del hombre dolorido, se prepara futuros mejores en el trayecto de su transmigración. De esa manera se acerca a la liberación de todo dolor en que consiste la liberación del *karma*.

EL DOLOR COMO MORAL

El dolor tiene consecuencias morales incluso entre individuos no religiosos. Es infrecuente que se viva como un acontecimiento neutro. Los orígenes de la palabra *pain* (dolor en inglés) o *pein* (alemán), son en griego y latín *poine* (sufrir) y *pœna* (castigo). Desde la pena sufrida hasta la pena en que se ha incurrido a causa de la falta, la raíz etimológica es la misma. En sánscrito, la raíz *pu* remite a purificación. La cuidadosa administración del dolor es una tradicional manera de castigar y de purificar al hombre de la falta cometida. El origen moral de la expresión francesa *avoir mal* (castellano: doler) *(malum)* es igualmente obvio. El inconsciente del lenguaje revela la larga tradición de relacionar los males que conciernen al hombre o al mundo con la trascendencia de una justicia infalible. El sufrimiento del inocente despierta una resistencia antropológica que marca a las religiones, y que en su realización profana expresa el mismo sentimiento de incompatibilidad. La rectitud de alma reclama necesariamente la del cuerpo, aunque la experiencia desmienta constantemente esta bella receta moral, tan tranquilizadora ante las turbulencias del mundo. Iván Ilich, el personaje de Tolstoi, aquejado por una enfermedad inexorable, no comprende la irrupción de un dolor persistente que en su existencia nada permitía presagiar: «"Imposible luchar —se decía—, pero ¡si al menos pudiera comprender el porqué de todo esto! También eso es imposible. Podría explicárselo, si se dijera que no he vivido como debía. Pero eso es completamente inadmisible", pensaba Iván, recordando la regular legalidad y corrección de su vida.»[24]

El dolor es una incisiva imagen del mal. Y constante evocación de la fragilidad moral del hombre. E implica una metafísica. Al sentimiento elemental de una congruencia de los acontecimientos y de los hombres se opone una condición real que muestra la libertad infinita del mal. La existencia de un hombre puede ser quebrada sin tener en cuenta en absoluto sus cualidades personales, mientras que el indigno prospera. «Me negaré hasta la muerte a amar esta creación donde los niños son torturados», dice un personaje de Camus.[25] La moral de la acción humana no comporta una moral del

23. «De hecho, para un hindú (como para un budista o un jainista) la imagen de Cristo en la cruz no sólo es chocante sino que, sobre todo, no tiene sentido alguno. Puesto que si Dios está totalmente libre de pecado, y si el sufrimiento es necesariamente un castigo del pecado, un Dios sufriente es una noción totalmente contradictoria», G. Chemparathy, «Hindouisme et souffrance», *Communio*, n.º XIII, 1988, p. 52.

24. Tolstoi, *La muerte de Iván Ilich*.
25. A. Camus, *La peste*.

cuerpo: la idea es insoportable y llama a la réplica insistente de las grandes religiones. Pero sus fuerzas unidas no terminan de sofocar del todo la visión moral que asocia la enfermedad con el mal, y todo debate en tal sentido podría acabar como el relato bíblico de Job. Esto es una anomalía flagrante cuya fuerza reanima sin cesar la tentativa de vincular transgresión y sufrimiento. La modernidad no ha escapado a ella.

La idea de enfermedad merecida, del sufrimiento que viene para castigar la conducta reprobable de un individuo todavía está profundamente arraigada en las conciencias contemporáneas. Todo dolor sentido hace brotar, en secreto o no, el sentimiento de injusticia que despierta el grito de Job sepultado en cada ser humano. La queja se repite en numerosos enfermos que se sienten injustamente dañados y no comprenden el ensañamiento del dolor en ellos, como si el de los otros tuviera a sus ojos una incuestionable legitimidad y golpeara con justicia a quienes sumaron deméritos en su comunidad. Cuando la enfermedad implica el sufrimiento y la muerte, suele vivirse como la consecuencia de una falta cometida. Suscita la rebelión, la rabia de aquel que no puede reconocerse en tal castigo o la resignación de quien tiene conciencia de haber incurrido en falta desde el punto de vista moral. «Bendito seas Dios mío que nos dais sufrimiento en divino remedio a nuestras impurezas», escribió Baudelaire, a su modo tributario de la misma metafísica. «En nuestra mentalidad, culpable hasta lo enfermizo, cada ataque del virus se corresponde con un vínculo anodino con el pasado», escribió por ejemplo Alain-Emmanuel Dreuilhe, aquejado de sida.[26]

26. A.-E. Dreuilhe, *Corps à corps*, Gallimard, París, 1987, p. 192.

Un cuerpo sufriente es un cuerpo en falta. El sida dio nuevo impulso a esta imaginación de un justo castigo fulminando en plena juventud, hombres o mujeres culpables a causa de sus maneras de vivir o su sexualidad. O por el contrario, a pesar de su «inocencia» (por transfusión sanguínea). Sin embargo, como hemos visto, Job se rebela contra esa sospecha de enfermedad merecida y consigue el apoyo de Dios. La tradición cristiana, a través de la palabra evangélica recupera a su vez el tema de la inocencia del hombre sufriente. El islam lo hace igualmente. Pero los prejuicios de una moral de la enfermedad no permite que la empresa llegue a buen término. Dicho sentimiento continúa sin tregua operando de modo subterráneo, y se traduce en una insaciable búsqueda de justicia. Pero la naturaleza no sigue las creencias del hombre. Como el hombre, ella no es naturalmente moral.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL DOLOR

> El dolor físico está ciertamente dominado por un elemento moral, por la energía, por la voluntad. ¿Pero cómo intervienen? Se limitan a frenar la expresión, la mímica del dolor, o son capaces de disminuir la agudeza de las percepciones dolorosas?
>
> RENÉ LERICHE, *Chirurgie de la douleur*

LA RITUALIZACIÓN DEL DOLOR

La búsqueda de significado ante el dolor va más allá del sufrimiento inmediato, concierne más profundamente al significado de la existencia cuando la irrupción del mal la deja en suspenso. Comprender el sentido de la pena es otra manera de comprender el de la vida. Todas las sociedades humanas integran el dolor en su concepción del mundo, confiriéndole un sentido, y hasta un valor, que desactiva la desnudez de aquél y con frecuencia hasta su agudeza. Dichas concepciones del mundo inscriben el dolor en sistemas de causalidad que pretenden explicar su origen, y sobre todo se procuran

los medios simbólicos y prácticos de combatirlo con las medicinas particulares que cada una elabora. La atribución de un sentido a su dolor permite al hombre mantener intacta la mirada sobre las cosas, rechazar el pánico o la estupefacción cuando es golpeado por la adversidad. La trama de sentidos es esa materia prima de la cultura que funciona como un escudo protegiendo a los hombres de la cruda y brutal apariencia del mundo. Es el que inserta al ser humano en un universo coherente y previsible con un mínimo de temor. Al integrarse en una cultura que le da un sentido y un valor, el dolor atenúa su aspereza; se considera entonces un hecho más o menos inexorable con el cual es necesario manejarse de acuerdo con las formas comunes del vínculo social, es decir, sin correr el riesgo de perder la dignidad cuando no se responde a las expectativas del grupo. El significado colectivo asignado al dolor, y las manifestaciones ritualizadas que lo expresan a los demás, son recursos simbólicos que permiten al hombre seguir siendo dueño de su destino al manejarse como prefiera con su enfermedad. Los límites de la posible penetración en el continente del dolor se sugieren de esa manera, y a cada actor se le otorga un cierto control. Los seres humanos encuentran su capacidad de resistencia personal en principio en lo que saben acerca de las resistencias de los demás: esta resistencia está hecha a la medida del grupo social de pertenencia.

Todas las sociedades definen implícitamente una legitimidad del dolor específica para circunstancias sociales, culturales o físicas consideradas penosas. La experiencia atesorada por el grupo conduce a sus miembros a una espera del sufrimiento tipificada para cada hecho. El parto es un ejemplo de ello. La dosis de dolor espe-

rada y las maneras convencionales de responder a él se transmiten de generación en generación o por grupos de semejantes, que son comunicadas a las enfermeras, comadronas o médicos. La intervención quirúrgica o dental, las secuelas de accidentes, etc., están precedidas por el comentario de quienes ya han tenido esa experiencia y se apresuran a emitir sus opiniones o consejos. El médico puede sugerir la intensidad del dolor que pronto deberá soportar el paciente. Cada experiencia, cada enfermedad, cada lesión está asociada a un límite impreciso de sufrimiento. La sociedad indica simbólicamente los límites de lo lícito, y al hacerlo rechaza los posibles excesos. La expresión individual del dolor discurre conforme a formas ritualizadas que alimentan la espera de los testigos. Cuando un sufrimiento exhibido parece desproporcionado con la causa y escapa del marco tradicional se sospecha complacencia o falsedad. La reputación del sujeto se pone en juego entonces. Allí donde es de rigor soportar la pena con firmeza, el hombre inmerso en la queja y que conmociona la espera de los otros a causa de su propensión al lamento y a las lágrimas se expone a la reprobación muda o a la exhortación a comportarse mejor. Irrita a quienes lo rodean, aunque los suyos le busquen circunstancias atenuantes. Esta diferencia con la discreción habitual suscita actitudes opuestas a las deseadas por el enfermo: la compasión cede su lugar a la incomodidad o a la incomprensión. Por el contrario, allí donde la ritualización del dolor recurre a la dramatización se comprende mal a quien interioriza su pena y no dice nada a nadie. Si la queja tiene valor de lenguaje que confirma al grupo que rodea al enfermo el carácter bienhechor de su presencia, su contención parece negar la compasión

desplegada en favor suyo. Impenetrable a pesar del dolor que se le atribuye, el enfermo parece afirmar la insignificancia de quienes se reúnen a su lado. La aparente capacidad de asumir la prueba solo y en silencio niega los lloros y lamentaciones habituales, y frustra a la familia que sólo espera las quejas para prodigarse en consuelos y apoyo. El malestar nace de una situación insólita que vuelve incongruente la compasión que los íntimos se sienten obligados a dar. El dolor tiene unos ritos que no se pueden transgredir sin riesgo a indisponer o apenar las buenas voluntades. Incluso en el horror, la persona que sufre sigue el camino marcado por las tradiciones.

René Leriche, al evocar sus recuerdos como cirujano en el frente durante la primera guerra mundial, observó diversas maneras culturales de reaccionar frente al dolor: «La sensibilidad física de los franceses no era exactamente la de los alemanes o ingleses. Y sobre todo había un abismo entre las reacciones de un europeo y las de un asiático o un africano. [...] Por indicación expresa de un grupo ruso muy aristocrático, que afirmaba que era inútil dormir a ciertos cosacos para operarlos, porque no sentían nada, un día, aunque el asunto me repugnara un tanto, desarticulé sin anestesia tres dedos y los metacarpianos de un herido ruso, y el pie entero a uno de sus compañeros. Ni uno ni otro mostraron el menor temblor, giraron la mano, levantaron la pierna, cuando se lo pedí, sin flaquear ni un instante, como bajo los efectos de la más perfecta de las anestesias locales.»[1] Numerosas conductas, en apariencia regidas por categorías fisiológicas ante las cuales la volun-

1. R. Leriche, *La chirurgie de la douleur*, *op. cit.*, pp. 10-11.

tad del hombre parece contar poco, en verdad están orientadas por influencias sociales, culturales, relacionales o personales. El dolor es un ejemplo de ellas. La tentación inicial es definirlo como una reacción puramente fisiológica que produce las mismas sensaciones y los mismos modos de defensa. Nada más lejos de la verdad. El dolor no está en proporción con la gravedad de la lesión: una quemadura, un rasguño, el dolor de muelas, hacen sufrir más que alteraciones orgánicas que ponen en peligro la existencia del individuo. Un dedo aplastado por una puerta o una uña arrancada producen sufrimientos agudos, mientras que una lesión cerebral a veces resulta indolora, aun cuando pueda resultar mortal. Por otra parte, el dolor experimentado por el individuo no es un calco en su conciencia de la lesión que lo daña, no es una traducción en clave que permita de inmediato al médico referirse a una nomenclatura de intensidades dolorosas propias de las diferentes enfermedades. Desde el punto de vista de la fisiología, la dosis de sufrimiento inherente a un proceso patológico o a una lesión es una probabilidad deducida del testimonio de las víctimas, que sólo tiene valor estadístico, puesto que lo que cada individuo padece en realidad es incognocible. Así, ciertos dolores asociados a determinadas patologías se consideran particularmente agudos y por su intensidad, verdaderas pruebas. Los cólicos nefríticos, la neuralgia del trigémino, la angina de pecho, el calentamiento de un miembro congelado, etc., han atormentado a muchas generaciones de enfermos o accidentados.

Aunque el umbral de sensibilidad es semejante para el conjunto de las sociedades humanas, el umbral dolorífero en el cual reacciona el individuo, y la actitud que

éste adopta a partir de entonces están esencialmente vinculados con la trama social y cultural.[2] Frente al dolor, entran en juego tanto la concepción del mundo del individuo como sus valores religiosos o laicos y su itinerario personal. La fisiología humana nunca funciona en una especie de pureza o virginidad biológica que la mantendría fuera de la historia, fuera del inconsciente, fuera de lo social, sino que está atravesada por simbolismos sociales y culturales. Los hombres no viven en el mismo cuerpo, entre una sociedad y otra los resultados físicos esperados aquí y allá difieren.[3] La relación del hombre con el dolor es uno de los hechos más indicativos de la variabilidad de esas condiciones corporales, que en principio son condiciones culturales.

Para René Lariche, «el dolor físico es sólo un simple hecho de influjo nervioso ordinario de unas características determinadas, en un nervio. Es resultante del conflicto entre un excitante y el individuo entero».[4] Georges Canguilhem agrega, siguiendo a Leriche, que el hombre elabora su dolor —igual que elabora una enfermedad o un duelo— con mucha mayor frecuencia que lo recibe o padece.[5] Esta rigurosa definición permite apreciar la parte personal del sujeto en la percepción de la agudeza de su dolor. Subraya la criba social, cul-

2. Una pequeña encuesta realizada entre seis sherpas y un puñado de norteamericanos de clase media de viaje por el Nepal mostró la igualdad del umbral liminal de percepción, pero el umbral de tolerancia al estímulo doloroso era más elevado entre los primeros, W. C. Clark, S. B. Clark, «Pain responses in nepalese porters», *Science*, vol. 209, 1980, pp. 410-412.

3. Cf. D. Le Breton, *Antropologie du corps et modernité*, *op. cit.*

4. R. Leriche, *op. cit.*, p. 401.

5. G. Canguilhem, *op. cit.*, 1966, p. 57. En esta obra vuelve a encontrarse una intuición de Von Weizsacker: «El enfermo no tiene una enfermedad, la hace.»

tural y psicológica del influjo doloroso. Entre el estímulo y lo percibido está la trama del individuo como singularidad personal, historia, pertenencia social y cultural. Normas implícitas que escapan al juicio determinan la relación con el dolor. Éste no responde a esencia pura alguna, traduce una relación infinitamente compleja entre modificaciones corporales y su apreciación por un individuo que ha «aprendido» a reconocer esa sensación y a relacionarla con un sistema de sentidos y de valores. Igual que el hambre, el dolor tiene un arraigo biológico, pero de la misma manera que los hombres no sienten el hambre en el mismo momento, ni perciben los mismos sabores ni comen alimentos idénticos ni satisfacen tampoco los mismos deberes rituales atribuyendo a lo que comen el mismo significado, tampoco sufren de la misma manera ni de acuerdo con una misma intensidad de agresión; atribuyen a su dolor un sentido y un valor diferente según las orientaciones colectivas propias del medio en que viven. Hacer del dolor un simple dato biológico es insuficiente en la medida en que su humanización es la condición necesaria para que se presente a la consciencia, y porque entre una realidad espacio temporal y otra, los hombres no sufren del mismo modo ni en el mismo momento.

Coordenadas educativas

Un estudio publicado en *The Lancet*, acerca de fetos llevados por mujeres embarazadas entre las veinte y treinta y cuatro semanas, muestra su probable sufrimiento cuando se les aplican tratamientos agresivos. Doscientas extracciones de sangre fetal indican la presencia de sustancias bioquímicas relacionadas con el es-

trés (cortisol y beta endomorfina).[6] El psicoanálisis lo decía desde su origen, sobre todo en los textos de Otto Rank, G. Groddeck, o más recientemente, Françoise Dolto. Frederick Leboyer lo recordaba con rigor en la década de 1970, cuando instauraba lo que él llamaba entonces «un nacimiento sin violencia.» Todo facultativo comprueba en las embarazadas las reacciones de tensión, llantos, que agitan al nonato enfrentado a un tratamiento agresivo o a un golpe cualquiera. Igual que ha ocurrido con el sufrimiento del feto, una visión estrictamente organicista del hombre ha cegado hasta hace poco tiempo a numerosos médicos en este campo. El lactante sufre, como atestiguan sus gritos, lloros, quejas, su rechazo a los contactos, incapacidad de jugar, agitación o postración. Le faltan las palabras para dar significado preciso a lo que siente entonces. Sin embargo, las reacciones de quienes le rodean ponen en marcha la elaboración de su sensibilidad. Los gestos, las palabras de consuelo prodigadas, las atenciones o la indiferencia hacia él, los significados percibidos en las palabras intercambiadas a su alrededor, todo ese ambiente afectivo en que está inmerso marca con un sello original su relación con el sufrimiento. La manera en que un individuo reacciona frente el dolor se arraiga en buena parte en los primeros años de vida y en el tipo de atención de los padres a las heridas o enfermedades de la infancia. La familia es un lugar de intensa socialización donde se forman las modalidades corporales y la relación del niño con el mundo. Las interacciones fa-

6. D. A. Clark, «Fetal plasma cortisol and bêta-endomorphin response to intrauterine needling», *The Lancet*, n.º 344, pp. 77-81; léanse los comentarios sobre el tema de Jean-Yves Nau, en *Le Monde* del 26 de agosto de 1994.

miliares delimitan el campo de las percepciones y emociones, educan y ritualizan la expresión para sí y para los demás, sean educativas o no las intenciones de los otros. El rostro de la madre sobre todo, su tono de voz, la calidad de su presencia, combinan sus influjos y conducen al niño a modelar poco a poco su experiencia en un lenguaje. La madre nombra el dolor y contribuye a inscribirlo en las redes de una trama simbólica. Su actitud anima o disuade, calma o alimenta el dolor.

A los seis meses el niño reacciona frente a un pinchazo con lágrimas.[7] Al crecer multiplica las experiencias penosas y desarrolla su conciencia de éstas: primera dentición, caídas, enfermedades, heridas..., aprende a coordinar sus movimientos, a prevenir los riesgos de hacerse daño, a tratar sus dolores dirigiéndose a un buen interlocutor, sobre todo a su madre. El acceso al lenguaje autoriza al niño a afinar su experiencia subjetiva, a organizar el conocimiento para comunicarla a los demás. Los vocablos del dolor están otra parte, entre los primeros que entran en su vocabulario. Al ser el objeto de atención del grupo familiar cuando sufre, o el testigo del dolor de los otros, su relación con el dolor, con el transcurso del tiempo adquiere una forma relativamente previsible en relación con los modelos culturales. Las interacciones con los otros miembros de la comunidad o de su vecindario, especialmente los de su generación, refuerzan estos tipos de comportamiento,

7. D. M. Levy, «The infant's earliest memory of inoculation», *Journal of Genetic Psychology*, n.º 96, pp. 3-46. Acerca del dolor del niño cf. A. Gauvain-Piquard y M. Meignier, *La douleur de l'enfant*, París, Calmann-Levy, 1993. A. Gauvain-Piquard ha elaborado una escala de observación del dolor infantil centrada en la comparación entre los comportamientos habituales del niño y lo que lo caracterizan cuando está enfermo o quejumbroso (pp. 251-255).

adornándolos con una especie de naturalidad. Pero esas orientaciones dejan un margen de variación relacionado con la singularidad de las trayectorias individuales. Ante el dolor, las diferencias encontradas en el seno de la misma cultura (umbral dolorífero y actitud adoptada) a veces son más acentuadas que las que distinguen a las culturas entre sí en relación con este punto.

En la sociedades occidentales la educación de los niños durante mucho tiempo estuvo marcada (y es probable que en la actualidad todavía lo esté un poco) por las diferentes imágenes asociadas al muchacho como futuro jefe de la familia, y a la muchacha como futura esposa y madre. La educación familiar y escolar privilegia para el primero la firmeza ante el dolor y por el contrario alienta el despliegue de la afectividad de la segunda. El consuelo es la regla ante el dolor de la muchachita a quien se convida a abandonarse a su pena. Si la sensibilidad es un atributo de la seducción femenina, al muchacho se le conmina a «demostrar que es un hombre» y a respetar los valores afirmados por los adultos. La norma es que el hombre apriete los dientes ante el dolor para evitar que se lo tome por una «mujercita». Pero este esquema nunca es del todo unívoco, cuando menos a causa de tradiciones educativas antagónicas.

Un exhaustivo estudio de D. Mechanic sobre una población de trescientos cincuenta niños y sus madres en la ciudad de Madison, en Wisconsin, estudia la incidencia de las actitudes maternas en las de sus niños. Un mínimo porcentaje de niños verifica la primera hipótesis, la de una estrecha correlación entre los comportamientos maternos y los del niño. La influencia de la madre no es un juego de transparencias que proyecta

las actitudes a la manera de una calcomanía. A medida que el niño crece, más lo hacen las interacciones con los demás, las exteriores al círculo familiar. La autoridades educativas se diversifican. Además, la dinámica afectiva del grupo familiar matiza el ascendiente sobre el niño de unos y otros. Si las actitudes de la madre tienen un papel preponderante, las del padre, las de los abuelos, tíos, las de la fratía, también interaccionan con aquéllas y trastornan las intenciones maternales más arraigadas. El niño no es una página en blanco donde los otros escriben lo que él debe ser, el niño dispone de una creatividad propia que lo sitúa en posición de actor ante las normas familiares. Él no sólo escoge un modelo, y con esas influencias elabora para forjarse poco a poco sus propias maneras de reaccionar ante la enfermedad o el dolor. «Una madre sobreprotectora, hipocondríaca, no conduce necesariamente a su hijo a tener rasgos semejantes (u opuestos).[8] Los recursos del niño con frecuencia desbaratan la pregnancia parental.

No obstante, ciertos tipos de vínculos instalados en la crónica familiar tienen a veces una influencia más decisiva que las mismas relaciones de los padres con su propio sufrimiento. Padres desapegados o no disponibles suelen movilizarse súbitamente, con fervor, al más ínfimo dolor del niño, y asocian en éste dolor y amor, para alimentar así una búsqueda repetitiva de sufrimientos que traduce una demanda de afecto mal satisfecha. Otras situaciones inducen síntomas del mismo orden. Un niño castigado por un padre que enseguida experimenta remordimientos y desborda ternura queda

8. D. Mechanic, «The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior», *Pediatrics*, marzo de 1964, p. 453.

inscrito, para su defensa, en una secuencia dolor-gratificación que a veces perdura mucho más allá de la infancia. Las relaciones inaugurales con la madre en un contexto de inestabilidad afectiva sumen al niño en una búsqueda incesante de sufrimiento para obtener un reconocimiento de sí que las circunstancias dificultan. La asociación del dolor con el amor es una cadena temible y frecuente en los *pain prone patients* (pacientes propensos al dolor), que parecen vinculados con la existencia sólo por el sufrimiento.[9] Por el contrario, el niño abandonado, o que no consigue respuestas suficientes cuando se hiere o está enfermo, se insensibiliza, no inviste su cuerpo como sufrimiento susceptible de ser dicho o compartido, lo guarda para sí como demostrando su autocontrol. Y lo mismo ocurre con el niño maltratado.

Un estudio realizado entre adolescentes aquejados de dolores crónicos benignos relacionó sus actitudes con la de sus madres. Los jóvenes comprometidos en una lucha activa contra el dolor lo sienten menos que sus compañeros inclinados a la pasividad. Estos últimos no suelen llegar al final de los ejercicios prescritos por los médicos para apresurar su alivio. Sus madres tienen una actitud resignada y mezclan sus quejas con las de sus hijos con ocasión de estas actividades. Las interacciones comunes subrayan el carácter penoso e insuperable de la situación. En cambio, las madres que habiendo adoptado una actitud de lucha no dejan de alentar a sus hijos y de apoyarlos a pesar de su pena, refuerzan la voluntad de éstos de hacer frente al dolor y

9. G. L. Engel, «"Psychogenic" pain ante the pain prone patient», *American Journal of Medicine*, n.º XXVI, 1959, p. 907.

de mostrarse a la altura de la prueba.[10] La capacidad de contención de la madre es un dato decisivo para comprender la combatividad del niño.

Menos del 1% de los padres de novecientos noventa y cuatro niños del norte de California, sometidos a una intervención quirúrgica o a un episodio penoso que necesitara hospitalización prepararon al niño para la prueba experimentada. Un ínfimo número de pacientes recibió instrucciones o apoyo activo que lo ayudase a soportar su dolor. Sobre sesenta y ocho padres interrogados, ninguno desea hablar del tema. Como se trata de un elemento reprimido en sus preocupaciones, también el dolor lo está en la educación que imparten a los niños, salvo de manera informal. No hay designio particular alguno de entrenar a los niños para la adversidad. Sólo doscientos trece niños elaboraron formas creativas de lucha contra el dolor: noventa y tres utilizaron la diversión (pensar en otra cosa, recitar el alfabeto al revés, etc.); noventa y uno apretaron los puños o se tensaron físicamente; veintinueve recurrieron a la imaginación o a la relajación para conservar el control de la situación. De acuerdo con las declaraciones de los niños, los demás no dispusieron de recurso alguno para oponerse a su dolor.[11]

La comunicación que debe hacerse a los demás de la experiencia que el individuo tiene con su dolor ya es

10. B. J. Dunn-Geier *et al.*, «Adolescent chronic pain: the ability to cope», *Pain*, n.º 26, 1986, pp. 23-32.

11. D. M. Ross y S. A. Ross, «Childhood pain: the school-aged child's view point», *Pain*, n.º 20, 1984, pp. 174-191. Esta comprobación motivó a los dos autores del estudio a sugerir que la escuela tome a su cargo (¿de acuerdo con que modelos?) una enseñanza a propósito del dolor y de la adversidad. En efecto, un mejor conocimiento del niño en este sentido lo volvería menos vulnerable.

más difícil de definir. Los caminos de aprendizaje dan cuenta de la alquimia de las relaciones sociales y afectivas tejidas alrededor del niño, y de los valores que se imponen a éste. Ninguna sociedad da lecciones a sus miembros para identificar el umbral dolorífero legítimo y la actitud correcta que hay que adoptar. Y sin embargo, descifrar una sensación penosa como signo de dolor es un dato aprendido, que exige la adquisición de categorías implícitas, sugeridas, que orientan la percepción y combinan una manera común de sentirlo y manifestarlo.

Coordenadas culturales

La percepción de los datos cenestésicos es el resultado de un aprendizaje social y cultural que no se traduce en categorías objetivas y modificaciones sensoriales. El contenido de la consciencia no es el equivalente del contenido físico. Entre uno y otro se interpone una elaboración en la cual el individuo con su concepción del mundo, las referencias de los sentidos y los valores interpreta con su propio lenguaje lo que piensa que siente. En la relación con su cuerpo el individuo no es una pantalla registradora, sino que transforma las sensaciones experimentadas en sus propias categorías, compartidas con su estilo personal con los otros miembros del grupo de referencia. Éste considera despreciable cierto dolor de espalda que lo acompaña desde hace mucho tiempo y que padecen la mayoría de sus conocidos, pero se preocupa de tal o cual tirón en el cuello que nunca había sentido. Soporta, sin pensar demasiado en ello, un malestar que alertaría al médico a causa de su valor diagnóstico desfavorable. La cultura interio-

rizada forma parte del cuerpo del individuo, orienta las percepciones sensoriales y frente al dolor produce las categorías de pensamiento que promueven el temor o la indiferencia.

El enfermo, interrogado, da una lectura particular de sus malestares; evoca lo que para él es determinante en su estado. Un saber profano formaliza su experiencia, se explica el origen de la enfermedad que le afecta, su razón de ser, se inventa trucos que le permiten aliviar su desdicha. Pero la medicina no lo oye, porque participa de una cultura sabia, propia de un restringido grupo de facultativos formados para manipularla. El paciente está excluido de estas prácticas y conocimientos; el cuerpo al que alude está habitado por los movimientos y las imágenes de su vida cotidiana y de sus relaciones con los demás, sobre todo en su trabajo. Para el médico, el paciente está unido a un cuerpo abstracto, impregnado de una biología cuyas turbulencias se esfuerza por descubrir. La práctica médica se instaura sobre esta diferencia propicia a los mal entendidos, esta dehiscencia entre dos discursos de igual legitimidad, pero de distinto nivel. El médico se atiene a una descripción objetiva, para él, del dolor y de los síntomas asociados a éste, con el objeto de referirlo a categorías nosológicas tanto más precisas por cuanto están conectadas con terapéuticas específicas, y por lo tanto con el destino del enfermo. Pero la cultura médica no abarca la cultura de lo cotidiano ni la relación con el cuerpo de un profano que se confía al especialista para que éste tome a cargo su salud, aunque por los valores y conocimientos viva en otro mundo.

El médico tiene acceso a los contenidos corporales del enfermo (al menos en la primera etapa) a través de

una palabra y una queja que pueden dar prioridad a percepciones para él triviales, y dejando en la sombra indicios mucho más reveladores. Asimismo, la decisión de consultar al médico pudo tomarse después de semanas de espera cuando el enfermo confió en una futura mejoría.

La consulta tiende, no sin dificultades, a disipar los malentendidos derivados de su alejamiento del discurso profano mediante el interrogatorio. Sin llegar a considerar el estilo individual y cultural que reviste la queja, el médico se esfuerza por establecer la jurisdicción exclusiva de sus conocimientos y destreza profesional. Todo síntoma, sea cual fuere, siempre aparece en múltiples pantallas: su evocación por el médico o el profano impone el rodeo de la traducción de un discurso original jamás formulado con total objetividad, aunque pueda hacérselo con todo rigor. La legitimidad de la opinión del enfermo no podría ponerse en duda, puesto que la enfermedad es en principio la suya antes de convertirse en objeto profesional del médico.[12] La consulta médica es una modulación entre el saber y las competencias del profesional, integradas en una concepción del mundo compartida con sus colegas, y el saber obstinado del profano que obedece a otra concepción del mundo. La práctica médica exige tener en cuenta la cultura puesta

12. «Si en la actualidad el conocimiento de la enfermedad por el médico puede prevenir la experiencia de la enfermedad por el enfermo —escribe Caguilhem— es porque antes la segunda ha suscitado, ha apelado a la primera. Esto es conforme a derecho, pero también es de hecho, porque hay hombres que se sienten enfermos hay una medicina, y no porque haya médicos los hombres aprenden de éstos sus enfermedades», *op. cit.*, pp. 53-54. Cf. también E. W. Ackerknecht, «The role of medical history in medical education», *Bulletin of History of Medicine*, n.º 21, 1947, pp. 135-145.

en juego por el profano para hablar de sus sufrimientos o de las sorpresas que su cuerpo le revela. La lengua del médico no es la de la experiencia corporal del enfermo, inmerso en las actitudes y valores de sus propias adhesiones culturales. El establecimiento del diagnóstico plantea en ese sentido menos dificultades para el curandero popular que pertenece a la misma trama cultural que su paciente. El médico busca encarar la enfermedad con eficacia siguiendo los rodeos impuestos por el testimonio del paciente, caminando a su paso, pero sin perder su propia orientación. El discurso ingenuo no es un obstáculo, puesto que toda enfermedad es la de un hombre concreto; su cultura es el lugar necesario de aparición de la enfermedad, y el propio cuerpo no existe en otra dimensión. La consulta médica es una negociación informal en la cual el médico sostiene el timón, arreglándose con informaciones que consigue obtener de un cliente que coopera más o menos, que es más o menos proclive a hacerse comprender, y cuyo temperamento hay que gobernar a veces si se desea llegar a un diagnóstico satisfactorio.[13]

Aunque en la actualidad los datos hayan cambiado, sin duda, un notable trabajo de Y. Zola demuestra el poder de las influencias culturales en la percepción de los síntomas y la emisión de la queja en una población de ciento cuarenta y cuatro personas que reúne pacientes irlandeses (cuarenta y dos mujeres y treinta y nueve hombres) e italianos (treinta y cuatro mujeres y veintinueve hombres). La investigación se realizó entre julio de 1960 y febrero de 1961, en las consultas de oftalmología y de otorrinolaringología de dos grandes hospitales de Boston. Se trataba de pacientes que acudían a la primera consulta, interrogados antes del encuentro con el médico. Esas poblaciones, socialmente homogéneas, se beneficiaron de la misma protección médica. Los italianos, en su mayoría eran hijos de padres emigrantes, y los otros norteamericanos de tercera o cuarta generación. La investigación demostró que para un abanico de patologías semejantes, los irlandeses tendían a minimizar sus malestares al tiempo que los italianos eran prolijos acerca de la intensidad y extensión de sus enfermedades. «De modo que para un diagnóstico semejante —observa Zola—, los italianos hablan y se quejan de más numerosos síntomas, mencionan más zonas del cuerpo afectadas y más clases de malestares que los irlandeses. Asimismo, suelen considerar con mayor frecuencia que sus síntomas alteran su comportamiento en relación con los demás.»[14] Como otras investigaciones, la de Zola muestra que los enfermos italianos manifiestan una tendencia cultural a la dramatización de su estado que a veces los coloca a contrapié de las exigencias de la cultura médica y hospitalaria. Por el contrario, la actitud convencional de los irlandeses consiste en encajar la situación en congruencia con el sentimiento de lo difícil que es la vida y que es necesario saber hacerle frente. «La manera de exponer sus sufri-

13. Cf. los trabajos de E. Strauss, sobre todo numerosos textos reunidos en *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionisme*, París, L'Harmattan, 1992; I. Baszanger, «Les maladies chroniques et leur ordre négocié», *Revue Française de Sociologie*, n.º XXVII, 1986, pp. 3-27.

14. I. K. Zola, «Culture and symptoms. An analysis of patiens' presenting complaints», *American Sociological Review*, n.º 31, 1966, pp. 624-625. También S. H. Croog, «Ethnic origins, educational level and responses to a health questionnaire», *Human Organization*, 1961, pp. 65-69.

mientos —dice Zola—, haciendo poco para facilitar el tratamiento, tiene como consecuencia un estado de sufrimiento continuo. Así queda probado que la vida es dura y penosa (es decir, «llena de ayunos»).[15] Un ejemplo: dos maneras distintas de traducir el mismo sufrimiento ante una presbicia y una hipermetropía: al médico que pregunta «¿De qué padece usted?» el enfermo irlandés responde de manera muy calma: «No veo para enhebrar una aguja ni para leer el periódico.» El enfermo italiano responde: «Tengo constante dolor de cabeza, los ojos me arden y se me ponen rojos.» Cuando el médico pregunta si el paciente tiene algo que agregar, el enfermo irlandés rechaza la invitación. El enfermo italiano se apresura en concluir: «No, salvo que eso dura todo el día, incluso en cuanto me despierto.»

Otra investigación realizada en el mismo hospital de Boston por C. Koopman, S. Eisenthal y J.-D. Stoeckle,[16] más recientemente, evalúa la persistencia o la erosión de los esquemas culturales de percepción del dolor y de los síntomas en el seno de las misma poblaciones. Cuarenta italianos y cuarenta y cuatro norteamericanos de varias generaciones fueron seleccionados e interrogados con detalle, de acuerdo con el mismo procedimiento que aplicara Zola veinte años antes. Los resultados ilustran la pregnancia de los modelos culturales. Los enfermos italianos mencionan un número superior

15. Los irlandeses se sometían a ayunos regularmente. Su manera habitual, más allá de su dimensión religiosa, de forjarse un carácter y de habituarse a la lucha contra toda forma de sinsabor (*ibidem*, p. 628).

16. C. Koopman, S. Eisenthal y J.-D. Stoeckle, «Ethnicity in the reported pain, emotional distress and requests of medical outpatients», *Social Science and Medicine*, vol. 18, n.º 6, 1984, pp. 487-490.

de síntomas para las mismas patologías que los norteamericanos. La edad y el sexo revelaron ser árbitros de estas variaciones culturales entre un grupo y otro. Los pacientes de más de sesenta años (una gran proporción de italianos) señalan muchos más dolores y se quejan más que sus homólogos norteamericanos, pero por el contrario, en los más jóvenes, la diferencia desaparece y deja de ser estadísticamente significativa. De la misma manera, las mujeres italianas (sobre todo) o norteamericanas exponen más dolores y quejas que los hombres. Los autores de la investigación informan que la tradición italiana de expresión franca y dramatizada del dolor deja mayor impronta en las mujeres de mayor edad, garantes de la socialización y de la transmisión cultural. Por el contrario, el esquema norteamericano de inhibición del dolor está más marcado en los hombres mayores, quienes tienen conciencia de representar el papel de modelos en su medio. Las jóvenes generaciones de origen italiano, más alejadas de la matriz cultural de sus mayores, educadas en las escuelas norteamericanas y enfrentadas a otro modelo de identificación, asimilan los modos de comportamiento planteados como «norteamericanos».[17] El mismo estudio subraya, por el contrario, que los pacientes «italianos» o «norteamericanos» desean simultáneamente un alivio de su dolor y una explicación acerca de su origen.

En 1952, Mark Zborowski publicó un artículo pionero sobre la influencia de la cultura en la percepción y

17. Cf. también el trabajo pionero de David Efron que muestra que los gestos de las segundas generaciones de origen «judío» o «italiano» tienden a acercarse sensiblemente a modelos norteamericanos de conducta. D. Efron, *Gesture, Race and Culture*, Mouton, La Haya-París, 1972.

la manifestación del dolor.[18] Expuso en detalle los datos puestos al día por su investigación en una obra posterior que se convirtió en un clásico de la sociología del dolor.[19] En el hospital de Veteranos de Kingsbridge, en el barrio neoyorquino del Bronx, interrogó a doscientos cuarenta y dos sujetos, entre los cuales había ciento cuarenta y seis enfermos internados, casi todos hombres. El autor distingue cuatro tipos de población: los enfermos de origen italiano, judío irlandés y de «vieja cepa norteamericana» (es su expresión). La investigación consiste en observaciones, entrevistas con los enfermos y los miembros del equipo sanitario. Paralelamente, con el objeto de identificar sus actitudes habituales ante el dolor, se realizan entrevistas con miembros de esos mismos grupos con buena salud. Los enfermos que participan en la investigación sufren, en la mayoría de los casos, afecciones neurológicas (sobre todo hernias de disco y lesiones espinales).

Los enfermos de origen italiano o judío de Europa del Este, para los terapeutas tienen reacciones relativamente semejantes, caracterizadas por una sensibilidad juzgada excesiva, una tendencia a la emotividad y a la dramatización. Entre los segundos, la ausencia de inhibición en las manifestaciones del dolor traduce sobre todo la búsqueda de comunicación con el medio social.[20] Es una manera de reclamar la atención y los cuidados, de ser protegido de manera permanente. Toda la familia participa en el sufrimiento, observa Zborowski; el enfermo judío no soporta el aislamiento o las relaciones impersonales, exige la presencia de los otros, incluso, y sobre todo, en lo peor de su enfermedad. El dolor en principio es percibido como un signo nefasto que provoca ansiedad, temor del futuro. Zborowski relaciona esta actitud con la historia dolorosa del pueblo judío marcado por «interacciones trágicas con un mundo hostil en el cual en principio, en asuntos de vida y muerte, había que contar consigo mismo y con la familia».[21]

Los enfermos italianos están mucho más afectados por la inmediatez del dolor que por el trastorno orgánico que manifiesta. Cuando aquél se calma con los analgésicos, sus quejas cesan, olvidan sus temores y recuperan enseguida el buen humor. Por el contrario, muy afectados por el sufrimiento, los enfermos de tradiciones culturales judías a veces rechazan los analgésicos, lo que puede tener lamentables consecuencias sobre su salud. Para ellos, los medicamentos alivian de manera superficial un dolor que vale también por la patología de la cual es un signo, y a dicha patología dirigen su aprensión. Aunque estén aliviados, se mantienen inquietos. La enfermedad cuyo indicio es el dolor es la fuente primordial de su tormento. Próximas desde el punto de vista de las apariencias, las actitudes de los enfermos italianos y judíos difieren en cuanto a su razón de ser. Si los primeros tienen una relación de confianza con el médico de quien esperan su salvación, los segundos son desconfiados y con frecuencia críticos de los cuidados recibidos. El enfermo italiano tiene una re-

18. M. Zborowski, «Cultural components in response to pain», *Journal of Social Issues*, 1952, n.º 8, pp. 16-30 (artículo traducido en François Steudler, *Sociologie médicale*, Armand Colin, París, 1972).

19. M. Zborowski, *People in Pain*, San Francisco, Jossey-Bass, 1969.

20. Zborowski, sin embargo, observa en los más jóvenes la tendencia a acercarse al modelo norteamericano de contención de la queja y de una ínfima emotividad, *op. cit.*, pp. 109-110.

21. *Ibidem*, p. 135.

lación inmediata con el dolor, está instalado en el presente y pide sobre todo el alivio de un dolor que tiende a convertirse, para él, en toda enfermedad. El enfermo judío, orientado hacia el porvenir, teme por la recuperación de la salud y el retorno a su habitual relación con el mundo. La disminución de su dolor es para él sólo un episodio en la lucha contra la enfermedad, y sin duda no el más importante. Estas dos culturas favorecen la libre expresión de los sentimientos por la palabra o los gestos, los enfermos italianos y judíos se sienten libres de quejarse, gemir, lamentar, etc. No se avergüenzan por manifestar sus sentimientos. Buscan la compasión y la presencia de los otros a su lado, sobre todo la de la familia.[22]

Los enfermos de «vieja cepa americana»[23] observan con cierto desdén estas manifestaciones intempestivas que, según dicen, fastidian a los otros enfermos. Para ellos, no es una conducta digna de hombres. Antes de interrogar al médico acerca de las razones de su dolor,

22. Cabe observar que los pacientes estudiados por Zborowski son esencialmente oriundos del sur de la península. La homogeneidad cultural de la relación con el dolor en ese país está desmentida por la diferencia que exhibe el norte. «En Venecia —escribe por ejemplo Antonio Pasqualino—, sea el sufrimiento leve o grave, lamentarse y mostrar cuánto se sufre es un signo de debilidad reprobado por todos, en especial por los enfermeros y los médicos. Cuando al paciente se le han escapado lamentos se excusa y parece encontrar en esos reproches el mismo consuelo apenas disimulado que el paciente siciliano en la conmiseración.» A. Pasqualino, «Il dolore, il malato e il medico: dialogo, teatralizzazione, descrizione e racconto», *Quaderni del Circolo Semiologico Siciliano*, n.º 32-33, 1989, p. 204. También convendría observar si las condiciones sociales de existencia traducen o no diferencias sensibles en los comportamientos.

23. M. Zborowski se refiere a los pacientes de origen anglosajón, de confesión sobre todo protestante, y cuyos antepasados viven en Estados Unidos desde al menos tres generaciones.

esperan el mayor tiempo posible, minimizando su malestar o encontrándole explicaciones tranquilizadoras. Sólo deciden consultar a un facultativo cuando las molestias persisten y no es posible postergar el examen. Estos enfermos consideran su dolor con una especie de distancia. De manera meticulosa, casi técnica, tienden a dar a su médico la mejor descripción de lo que sienten. No se quejan, se esfuerzan en cooperar y en molestar lo menos posible. Al actuar de ese modo son conscientes de reproducir un modelo ideal de conducta reconocido como norteamericano. Toda emotividad se percibe como fastidiosa y disminuye la autoestima del hombre que se entrega a ella. Sostienen que «gemir o lamentarse por la propia suerte no sirve para nada». La preocupación por el futuro domina la mirada que dirigen a sus enfermedades, de modo que son pacientes llenos de buena voluntad ante el médico, el cual es percibido como un profesional del cuerpo humano cuya competencia consiste en poner orden en las disfunciones orgánicas. Esperan el alivio inmediato, puesto que sufrir no sirve para nada. El norteamericano «de vieja cepa», a la inversa del paciente italiano o judío, prefiere retirarse de la compañía cuando sufre. Se niega a infligir su pena a los demás y prefiere afrontar el dolor en solitario. Al evocar los rasgos del carácter nacional norteamericano, el forjado por los pioneros, que son los antepasados de la población tratada en el estudio, Zborowski subraya el optimismo y la confianza en sus propios recursos por parte del norteamericano de vieja cepa. «Por un lado, los severos y rígidos principios de los puritanos; por el otro, la ausencia de atenciones médicas, y el fracaso de las pociones y antídotos tradicionales para contener nuevas enfermedades. Los factores se

combinan para suscitar la actitud que postula que quejarse no sirve para nada, y que sanar depende en principio del estado físico y de la propia resistencia a la enfermedad y al dolor.»[24]

El paciente irlandés de confesión católica se asemeja al norteamericano de vieja cepa. Uno y otro muestran la misma contención, la misma capacidad de resistencia. Cuando el sufrimiento los lacera desean el aislamiento. Para el paciente irlandés, en este contexto la familia no es una comunidad de protección y de reconocimiento. No solicita muchos calmantes al personal sanitario. El dolor es asunto suyo, debe acostumbrarse. Cuando éste aparece, en principio suscita la paciencia y la espera de su desaparición. Si se instala de manera permanente y afecta a sus actividades, sólo entonces, después de haber diferido el trámite durante largo tiempo, se dirige al médico. La reticencia a la consulta se reproduce a continuación con la menor mejoría de su estado. Además, le cuesta referir al médico el contenido de su malestar, para describir el sufrimiento que padece le estorban las palabras. Más que el dolor en sí, no soporta las consecuencias físicas de una enfermedad que lo priva de su trabajo o actividades regulares. Para él, el dolor es menos un síntoma que un fastidio, un obstáculo físico temible que en principio reclama los recursos personales. Según Zborowski, los enfermos irlandeses representan la población «más triste y depresiva». «Carecen del optimismo del norteamericano de pura cepa, del apoyo familiar del judío y de la orientación en el presente del italiano, el paciente irlandés es preocupado, susceptible y está

24. *Ibidem*, p. 91.

espantado por los efectos actuales y futuros de su trastorno.»[25]

Zborowski termina su estudio recordando de qué manera el condicionamiento familiar, la influencia, sobre todo de la madre, conduce a los individuos a comportamientos relativamente previsibles en el seno de grupos culturalmente homogéneos. Los enfermos judíos o italianos conocen desde su infancia, sobre todo por parte de su madre, una actitud de sobreprotección y de inquietud ante toda molestia que pueda afectarlos (herida, enfermedad...). Para las madres judías no hay nada peor que la enfermedad, y les resulta intolerable ver sufrir a sus hijos. Cuando las enfermedades están allí no se ahorra gasto alguno. Si los padres no disponen de recursos suficientes para traer al médico o asegurar el tratamiento, la familia, en sentido amplio, los toma a su cargo.[26] A las quejas emitidas, los padres responden con solicitud y compasión, y así estimulan la actitud emotiva y dramatizada de los niños. Las generaciones siguientes, más integradas en el estilo de vida y los valores de la sociedad de acogida, a veces están en disonancia con una cultura familiar todavía vivaz, sostenida por los ancianos, y una cultura del grupo de semejantes más integrada en los modelos de la sociedad de acogida. La actitud estimulada en casa es reprimida en el exterior para no suscitar burlas o juicios despreciativos. Para las generaciones más jóvenes, el grado de aculturación interfiere en la cultura de origen de los padres. Por el contrario, en las familias americanas la tendencia es más bien a empujar al niño a enfrentarse

25. *Ibidem*, p. 235.

26. M. Zborowski y E. Herzog, *Life is with people*, International Universities Press, Nueva York, 1952, p. 354.

con el mundo, a no ser un «alfeñique» y no «asustarse por nada». Los estilos de educación, como se ha visto, dan a la experiencia personal del dolor un significado, y sobre todo valores distintos de una sociedad a otra, y sobre todo conforman a los individuos para que respondan de una manera semejante a como lo hacen ante la adversidad, según su condición social y cultural.

Los trabajos de Zborowski dieron lugar a una serie de experimentos en el medio aséptico del laboratorio, experimentos que ya estudiaban la relación inmediata con un dolor causado por una enfermedad. R. Sternbach y B. Tursky han emitido la hipótesis de que las actitudes ante el dolor son correlativas de percepciones que a su vez están bajo la influencia de coordenadas sociales y culturales: umbral de percepción de un estímulo, umbral de transformación de un estímulo eléctrico sobre la piel, al principio neutro, en estímulo penoso, etc. En la misma línea de la investigación de Zborowski, eligieron cuatro poblaciones homogéneas norteamericanas, irlandesas, judías e italianas: amas de casa que tenían al menos un niño en edad escolar. La norteamericanas eran protestantes cuyos padres y abuelos nacieron en Estados Unidos, las italianas e irlandesas, católicas, y al igual que las madres judías, nacieron de padres europeos inmigrantes. Las mujeres italianas eran casi todas descendientes de italianos meridionales, especialmente de Sicilia, y las mujeres judías de padres que procedían del este de Europa. La investigación se centró en sesenta mujeres divididas en cuatro grupos culturales de quince sujetos. Para disminuir la incidencia de las variables propias a la pertenencia de clase, las amas de casa pertenecen todas ellas a la clase media. Esta población fue sometida a estímulos eléctricos cutáneos. El umbral más bajo era la primera percepción por el sujeto del estímulo del cual era objeto. Otro umbral se registró en el momento en que el sujeto experimentó el estímulo como doloroso y se negó a seguir siendo sometido a él. El umbral superior marcaba el límite de tolerancia cuando se preguntaba al sujeto si quería ir más allá de la percepción penosa observada en la fase precedente. La investigación de Sternbach y Tursky mostró diferencias significativas entre los grupos. Las conclusiones coincidieron con las observaciones de Zborowski. Las mujeres italianas, sensibles a la inmediatez del dolor, tenían un umbral de percepción (1.82), de penosidad (6.12) y límite de tolerancia (7.11), separado con claridad del de las mujeres irlandesas (2.12; 8.68; 9.35) o norteamericanas (2.16; 9.74; 10.23). Las mujeres judías les siguieron de cerca en el nivel del umbral de percepción, pero, por el contrario, las otras cifras (8.83 y 10.16) fueron menos significativas. «En nuestra situación de laboratorio —escribieron Sternbach y Tursky—, donde los estímulos no acarrean temor alguno de sufrimientos por llegar, para las amas de casa judías no hay preocupación alguna asociada, y de hecho no aparece diferencia alguna entre ellas y sus homólogas de los grupos norteamericano e irlandés.[27]

No obstante, los trabajos de Zborowski deben matizarse hoy en día, porque dan la fotografía de una época, pero no dicen nada de la permanencia de esos resultados, y por otra parte tienden a dejar de lado las diferencias de clase, y homogeinizan con exceso las acti-

27. R. A. Sternbach y B. Tursky, «Ethnic differences among housewifes in psychophysical and skin potential to electric shocks», *Psychophysiology*, vol. 1, n.º 3, 1965, pp. 241-246.

tudes colectivas.[28] Son válidos, sobre todo como ejemplos significativos de la dimensión social y cultural del dolor. Desde la década de 1950 el mundo ha cambiado, y sobre todo la relación con el dolor en las sociedades occidentales, de tono más individualista, atomizado, donde los productos antálgicos son moneda corriente, diluidos en los automatismos cotidianos (como el tomar una aspirina para el dolor de cabeza), cuando la medicina ha adquirido una considerable amplitud rigiendo el conjunto del dominio sanitario. El paisaje social de hoy está lejos del que ofrecía la década de 1950, con sus poblaciones emigradas recientemente y aún apegadas a cierto número de valores y comportamientos. Si los caracteres descritos por Zborowski no han desaparecido del todo, se desdibujan a medida que se realiza la integración social y cultural de dichas poblaciones. Por otra parte, al ofrecer su competencia en el tratamiento del dolor, la ideología médica vuelve a éste menos tolerable. La facilidad para recibir una respuesta antálgica por el más ínfimo trastorno acostumbra al actor a buscar un modo de tratamiento inmediato y eficaz. La demostración de su resistencia como signo de virilidad o de pertenencia al grupo disminuye de valor en una sociedad acuciada por el temor a sufrir, donde los antiguos modos de enfrentarse al dolor han perdido todo arraigo. En la escala de la vida cotidiana suscita más bien la desconfianza vinculada con toda proeza inútil, y atestigua una fisiología insólita. En nuestras sociedades heterogéneas, abiertas a múltiples influencias, y donde el individualismo es una estructura social, las

28. Cf. D. B. Morris, *The Culture of Pain*, University of California Press, Berkeley, 1993, pp. 56 y ss.

formas personales de relación con el dolor se configuran con mayor o menor libertad sobre los modelos culturales tradicionales; presentándose como un entramado de actitudes.

Coordenadas sociológicas

Si las condiciones de existencia determinan una relación habitual con la pena, con el sufrimiento, entonces las sociedades o los grupos particulares concernidos desarrollan recursos psíquicos y morales que los vuelven más aptos para soportar sus males. Las cualidades más necesarias para la lucha contra la adversidad se convierten en valores muy reivindicados, la resistencia ante el mal es un criterio de afirmación de sí, un motivo de estima general. Montaigne advirtió esta moral necesaria que concede una relación con un mundo por costumbre duro. «La filosofía, al final de sus preceptos, nos remite a los ejemplos de un atleta o de un arriero, en quienes se ve ordinariamente mucho menor temor por la muerte, el dolor y otros inconvenientes, y mayor firmeza que la que proporciona la ciencia a nadie que no se haya preparado a sí mismo mediante el hábito natural.»[29] La familiaridad con el dolor impregna el carácter e incita a no detenerse demasiado en él. Por el

29. Montaige, *Ensayos*, libro 2, cap. 12. Más adelante, siempre acerca de la condición social del hombre sufriente, Montaigne evoca a quienes «vemos ordinariamente hacerse sangrar, purgar y medicar para curar males que sólo sienten en sus palabras... Comparada la vida de un hombre sometido a tales imaginaciones con la de un labrador que se deja llevar tras su apetito natural, midiendo las cosas sólo con el sentimiento presente, sin ciencia y sin pronóstico, que no está enfermo sino cuando lo está; mientras que el otro suele tener el cálculo en el alma antes de tenerlo en el riñón [...]».

contrario, la vida que se lleva al abrigo de toda adversidad contribuye a volver penoso el más ínfimo tropiezo, a falta de una cultura del dolor permanentemente reanimada por la relación con el mundo circundante.

En los medios sociales más desprovistos la preocupación por la salud, en el sentido médico de la expresión (prevención, atención a signos orgánicos inhabituales, fatiga, etc.) no está muy desarrollada. Los símbolos corporales aplicados dan prioridad a signos cuyo valor no concuerdan con los que fundamentan en la actualidad la preocupación por uno mismo que promueve la medicina. En el sentido en que comporta una atención meticulosa por la propia persona, por la alimentación, la forma de vida, y sobre todo la vigilancia particular de ciertos signos corporales, la salud es una preocupación ausente. «No se escuchan, y por una necesidad social que se convirtió en una especie de segunda naturaleza, "son duros en la enfermedad. Y la fuerza para soportar el dolor está investida de un cierto orgullo" —escribió Colette Pétonnet—. "Tengo el pellejo duro, ni la muerte me quiso, el matasanos me lo ha dicho." Por otra parte, no tienen elección, puesto que si se cuidaran mucho no podrían vivir [...]. ¿Fingen despreciar el cuerpo doliente, o acaso se trata de un real desprecio al representar el cuerpo la única posesión sobre la cual ejercer su poder?»[30] Ésa es la comprobación de una etnóloga de las chabolas y ciudades de tránsito de la región parisina. La necesidad hace la ley y se impone como una forma particular de valorización de uno mismo y de afirmación de la dignidad individual ante la

30. C. Pétonnet, *On est tous dans le brouillard*, Galilée, París, 1979, p. 85.

adversidad. El sentimiento de impotencia que se siente ante una estructura social donde resulta difícil encontrar un sitio para sí se sustituye por una forma de desquite ejercido contra el propio cuerpo convertido en lugar de soberanía personal. Las heridas, las patologías internas son asumidas como un fastidio que se encaja de acuerdo con una moral cultural que a veces se transforma en demostración de excelencia. Cuando se está desprovisto de todo, queda al menos el propio cuerpo para dar testimonio ante los demás de la propia existencia.

La apreciación de la enfermedad está en los antípodas de la inherente a la cultura médica. El médico es un hombre percibido como de difícil acceso, costoso, es un notable cuya palabra se escucha con respeto, sobre todo cuando halaga la dignidad del paciente y confirma su dureza ante el dolor o su resistencia física a pesar de las enfermedades debilitantes. «Algunos —dice C. Pétonnet—, a veces soportan durante años sus cálculos hepáticos y renales. Abel sufrió de una úlcera durante seis años, antes de ir a curarse. Sólo después de su curación habló de su aventura quirúrgica y de su pasado sufrimiento. Acerca del dolor presente todos callan. Durante mucho tiempo ocultan al médico flujos sanguíneos o purulentos, incontinencias de la vejiga, un absceso que no se cierra.» Es necesario que la intensidad del dolor y la amplitud de la molestia obstaculicen penosamente el ejercicio de la vida cotidiana para merecer atención. La apreciación de las enfermedades está referida a las tareas habituales de la jornada, al presente, no concierne al largo plazo, a la proyección de uno en el tiempo, que podría asociar el síntoma experimentado con un signo nefasto. Se posterga el momento de consultar al médi-

co por miedo a verse separado de los suyos, y entregado sin defensa a un medio extraño, el hospital, que no es su mundo, y donde se teme a las relaciones con los demás. Si se asume la propia condición en los lugares habituales de existencia, en otra parte es difícil vivir; porque esa condición despierta el miedo de estar indefenso, considerado moralmente inferior, y tratado sin la dignidad que se atribuye. «Mientras el dolor no es intolerable —escribe además C. Pétonnet—, mientras consideran, equivocados o no, que el estado de gravedad no ha pasado el umbral peligroso, todos soportan sus enfermedades sin quejarse. Viven con el dolor despreciado, al cual no conceden la atención que merece, pero también con la inquietud latente que éste suscita. Se quejan a causa de enfermedades aparentemente benignas. Consultan al médico por cefaleas, insomnios, malestares, una gran fatiga... Dan la impresión de quejarse por nada; en realidad siempre sufren de algo.»[31] Sobre el fondo de un malestar que sienten desde hace mucho tiempo, una gota de agua hace desbordar el vaso y autoriza por fin el brote de un sufrimiento largamente reprimido. El sentimiento de una infinita distancia con la institución médica, de la falta de medios, y hasta el ínfimo investimiento de sí mismos, que interioriza un juicio social de exclusión, o de segregación, conduce al individuo a soportar fuertes dolores sin curarse: «De todas maneras, yo...» En el temor de una desaprobación, se ahorran el esfuerzo de la consulta y hacen de sus enfermedades un problema personal que resolver, en principio, con los propios medios.

En los vagabundos o las poblaciones errabundas de

31. *Ibidem*, pp. 85-86.

las ciudades, los jóvenes huidos de sus casas que viven en los mercados parisinos o en las estaciones, la falta de investimiento de sí, la pérdida de todo recurso, la ausencia de domicilio donde reconstruir su identidad, el sentimiento de rechazo y de abandono, conduce al desprecio del cuerpo y a la indiferencia por la salud. La higiene no tiene bastante espacio ahí donde se está obligado, la mayoría de las veces, a dormir al aire libre o en un refugio ocasional, y la alimentación depende de la buena suerte de cada día. En tal contexto de desasimiento,[32] donde la agresividad suele estar presente, los rasguños, las heridas, las caries, las infecciones no se tratan, y conviene vivir con ellas, sin siquiera preocuparse de un alivio de la pena, el dolor no es más que un agregado a una derrota personal ya consumada. Los médicos clínicos, y el personal de los hospitales e instituciones de caridad que les prodigan cuidados, suelen espantarse a causa de la multitud de sus enfermedades.

En los medios obreros suele vivirse con el malestar mientras éste no altere gravemente la relación con el mundo. «Esto acabará por pasar.» No es legítimo «hacerse demasiado caso». Antes que perder una jornada de trabajo y consultar al médico «se aguanta». El cuerpo es la primera herramienta de trabajo. Dolor y enfermedad se perciben tan pronto como la obstaculización de las actividades profesionales y personales se deja sentir. Durante largo tiempo, el hecho de no haberse dado nunca de baja en el trabajo a pesar del sufrimiento, de la debilidad sentida, fue una de las razones de orgullo del mundo obrero, un signo de excelencia personal, de

32. D. Le Breton, *Passions du risque*, Métailié, París, 1991, pp. 35 y ss.

resistencia y de fuerza. Pero los valores de la modernidad y la difusión de una cierta imaginería médica condujo a los actores a una ínfima tolerancia de la enfermedad. La queja por malestares que se habrían considerado de menor entidad en el pasado, hoy es frecuente. Los médicos de cabecera están hoy ocupados atendiendo demandas de baja laboral más frecuentes a causa de síntomas que no habrían impedido al obrero de la década de 1960 acudir a su trabajo. En unos treinta años, la transformación del trabajo, que de ser un valor relativamente unánime se volvió una obligación social, aunque esta metamorfosis no sea absoluta, ha debilitado los antiguos valores obreros de resistencia a la fatiga, de endurecimiento en el esfuerzo y de negligencia ante la propia salud, y las medidas de prevención. La distancia tradicional entre la cultura obrera y el echar mano del médico es hoy mucho menor.

En los medios rurales la dureza ante la enfermedad es más pronunciada, se apoya en imperativos económicos y sobre todo en una organización que exige el trabajo diario. Las faenas de la granja no permiten el ocio o la complacencia con la enfermedad cuando se deben ordeñar vacas, alimentar a los animales y aprovechar el tiempo de siembras y de cosechas. «En cuanto a los campesinos, [...] tienen demasiado que hacer —escribió E. Sapir— para ocuparse de saber si su salud es buena o mala o si su pareja es feliz o no. El trabajo no espera; las jornadas duras se suceden; les cuesta llegar a fin de mes; no consiguen pagar las hipotecas; bendicen los momentos de descanso que les tocan... camina o revienta.»[33]

33. E. Sapir, «Psychiatrie, culture et salaire minimum», *Anthropologie*, París, 1967. El texto de Sapir alude al sector más pobre del campesinado norteamericano de los años 1930. Pero se encuentran más o menos los mismos rasgos en el campesinado europeo de la actualidad.

Earl Koos hizo la misma comprobación en su estudio sobre el medio rural norteamericano. Dicho autor observó en las capas sociales más desfavorecidas la tendencia a minimizar los malestares y a considerar que rara vez merecen la visita al médico.[34] Laurence Wylie habla de actitud «espartana» ante el dolor de los habitantes de un pueblo rural de la región de Vaucluse. Allí, antes que de enfermedad se habla de «fatiga». Expresión reveladora: «Se está "fatigando" cuando ya no se tiene fuerza para trabajar y es preciso meterse en la cama.»[35]

El trabajo es el patrón de medida en los medios populares: no ser ya capaz rubrica el reconocimiento de la enfermedad, es decir, la legitimidad de la queja. Por fuerza y por cultura se han acostumbrado a no «hacerse caso», a resistir la enfermedad con una voluntad tanto más fuerte por cuanto las actividades cotidianas relacionadas con el trabajo son la esencia misma de la vida. La valorización de la fuerza, de la resistencia, no tolera muchas transformaciones, favorece la resistencia a la enfermedad y ofrece los medios simbólicos de soportar condiciones de trabajo a menudo difíciles. «La enfermedad es lo que quita su fuerza al enfermo, es decir, lo que le prohíbe "vivir normalmente" y hacer uso (profesional sobre todo), habitual y familiar de su cuerpo»,[36] escribía Luc Boltanski a principios de la década

34. E. L. Koos, *The health of Regionville*, Columbia University Press, Nueva York, 1954, pp. 32-33.

35. L. Wylie, *Un village de Vaucluse*, Gallimard, París, 1979, p. 224.

36. L. Boltanski, «Les usages sociaux du corps», *Annales*, n.º 1, 1974, p. 221.

de 1970. La consulta al médico en los medios populares suele darse cuando el dolor o las molestias ocasionadas por la enfermedad irrumpen de manera aguda en la escena de una existencia donde trabajo y vida cotidiana están estrechamente unidos. Pero la interiorización de la preocupación por la salud, e incluso simplemente la preocupación por sí mismo en una sociedad de dictados individualistas, la consciencia clara de los propios derechos, una relación menos valorizada con el trabajo, son datos que merman poco a poco las conductas tradicionales. En cambio, el medio campesino, con menor protección, es sin duda el menos afectado por estos cambios sociales.

En las capas sociales medias, y sobre todo privilegiadas, la relación con el cuerpo se compone de un agudizado interés que estimulan los consejos vulgarizadores que difunde la medicina. La distinción entre salud y enfermedad no tiene ese carácter tajante e inapelable de los medios populares. La enfermedad es percibida como «una especie de degradación lenta e insidiosa de la salud antes que como un accidente súbito».[37] Ésta emite señales precursoras que una habituada percepción del cuerpo reconoce enseguida, favoreciendo así la adopción de una actitud preventiva. Todo dolor es tratado tan pronto como se manifiesta. El malestar no tiene tiempo para instalarse. Desde el momento en que una sensación insólita y duradera penetra en el umbral de la conciencia se impone la consulta al médico. La atención a los afecciones mórbidas muestra un umbral inferior al de los otros medios sociales. Al estar puesto el acento en la necesidad de mantenerse en forma se

37. *Ibidem*, p. 221.

auspicia una atención de sí mismo que no admite demora ni fallo. Además, la preocupación por el futuro conduce a una vigilancia que se no centra sólo en los intereses actuales. El criterio de apreciación del dolor o de la morbidez está en relación con el uso acostumbrado del cuerpo; sólo secundariamente aparece la relación con la vida profesional, que por el contrario, en los medios populares, es central.

Fruto de un aprendizaje social confirmado por la relación con los semejantes, la relación con los contenidos corporales penosos o agradables responde a variaciones entre una comunidad social y otra. Lo fisiológico se borra ante el significado y el valor que le confiere el hombre. Una misma patología engendra juicios y tolerancias más o menos previsibles de acuerdo con las referencias culturales del individuo. El dolor o el malestar no son hechos en sí que la medicina encuentre borrando la ganga agregada por el hombre. Según las condiciones de vida y la concepción del mundo que tengan, los seres humanos se manejan con su dolor o su pena, se apropian de éstos a través de sus valores y modelos de comportamiento. A veces hacen de necesidad virtud, consideran que la vida es difícil de todas maneras, y en consecuencia soportan daños corporales que juzgan inevitables pero que otros grupos encuentran intolerables y combaten con el conjunto de los recursos médicos a su alcance. El dolor no es un dato bruto, sino la consecuencia humana de una atribución de sentido que a partir de entonces implica una actitud específica.

No son sólo los enfermos quienes integran su dolor en su concepción del mundo, sino que también los médicos o los enfermeros proyectan sus valores, y con frecuencia sus prejuicios, sobre lo que viven los pacientes que tienen a cargo. Según Zborowski, los médicos describen como «exageradas» las actitudes de los enfermos italianos y judíos, sin comprender el carácter cultural de su juicio que absolutiza una manera entre otras de concebir la relación con el dolor. «De acuerdo con nuestro material —dice Zborowski—, puede pensarse que [el colectivo médico] tiende a minimizar el sufrimiento efectivo del enfermo italiano o judío, sin preocuparse en saber si cuentan con criterios objetivos para evaluar el grado real de sufrimiento del enfermo. Parece que la manifestación descontrolada de reacción al dolor, tal como aparece en el enfermo judío o italiano provoca la desconfianza y no la compasión en la civilización norteamericana.»[38] Si el dolor no es proporcional a la gravedad de una lesión ni deducible sin ambigüedad de las declaraciones del paciente cuya queja depende de una comprensión particular de sus manifiestos corporales, el papel del médico consiste en evaluar la naturaleza de los síntomas teniendo en cuenta el contexto social y cultural del paciente. No existe tierra virgen alguna caracterizada por la pura organicidad donde el médico tenga por fin acceso a una verdad sin equívocos acerca de la enfermedad o la lesión. El médico, tanto como el paciente, proyecta sus categorías morales y culturales sobre los

38. M. Zborowski, *op. cit.*, p. 133.

síntomas; no es un registrador, es un ser humano que dispone de un saber frente a otro ser humano que sufre y sostiene un discurso acerca de su enfermedad. La medicina es por naturaleza un hecho de relación. La medicina da cuenta de una cultura profesional matizada por la propia cultura del médico cuya tarea es dar un rodeo por la cultura profana que impregna el juicio y las actitudes del paciente. Los motivos de malentendidos abundan. Una consulta es una suerte de deliberación informal entre un médico que se esfuerza por hacer entrar en sus categorías de pensamiento indicaciones para él confusas, y un paciente que tiene dificultades para hacerse entender por una persona de quien no comprende por qué indaga «minucias» acerca de cosas que parecen tan evidentes. Se descifran mutuamente, se ponen frente a frente dos personas que encarnan concepciones del mundo cuya compatibilidad debe construirse a través de negociaciones y compromisos.

Se pidió a quinientos cincuenta y cuatro enfermeros de la misma especialidad, de experiencias y edades similares, de Estados Unidos, Japón, Taiwán, Tailandia, Corea y Puerto Rico, que evaluaran la cantidad de dolor y de angustia psicológica asociada a una misma serie de síntomas o lesiones conocidas. Las medias obtenidas por los grupos respectivos varían considerablemente. No obstante, cada cual estaba convencido de referirse a un saber objetivo, pero reaccionó, sin saberlo, de acuerdo con sus tradiciones culturales. Las enfermeras japonesas y coreanas ven un fuerte sufrimiento ahí donde, por el contrario, los enfermeros norteamericanos observan dolores mucho menos importantes. La evaluación de los síntomas, la compasión y las atencio-

nes prodigadas arraigan en concepciones del mundo diferentes unas de otras.[39]

Sin embargo, no puede enfrentarse al dolor y sus manifestaciones sólo con la cultura, olvidando que ésta sólo existe a través de los hombres que la viven. La cultura no es una especie aislable y de rasgos evidentes, no es una, ni monolítica, que se imponga como una estructura masiva a los actores condicionados. Otras influencias introducen rupturas y continuidades: culturas regionales y locales, rurales y urbanas, diferencias generacionales, de sexo, y sobre todo de clase. Cada hombre se apropia las coordenadas de la cultura ambiente y las vuelve a representar de acuerdo con su estilo personal. La relación íntima con el dolor no pone frente a frente una cultura y una lesión, sino que sumerge en una situación dolorosa particular a un hombre cuya historia es única incluso si el conocimiento de su origen de clase, su identidad cultural y confesión religiosa dan informaciones precisas acerca del estilo de lo que experimenta y de sus reacciones.

La indiferencia a los orígenes sociales y culturales del enfermo es un error semejante al de reducir a éste a un estereotipo de su cultura o de su clase, una manera cómoda y brutal de podar la complejidad de los hechos con un puñado de recetas, con un repertorio de pensamientos y acciones de repertorio. Errores temibles y frecuentes, nacidos uno y otro de una buena conciencia igual. Aunque el imperativo médico sea curar al otro en armonía con el significado y el valor de su existencia, un perfecto conocimiento de su cultura no es necesario

39. L. J. Davitz; Y. Sameshima y J. Davitz, «Suffering as viewed in six different cultures», *American Journal of Nursing*, vol. 76, 1976, pp. 1296-1297.

porque amenaza con caracterizar al enfermo como un ejemplar medio de los miembros de su sociedad. «La respuesta práctica —escribe en tal sentido I. Zola— no es conocer en detalle la infinita variedad de las culturas, sino estar al corriente de dichas variedades y de la manera en que éstas pueden afectar las prácticas sanitarias [...] Soy más partidario de volver a los facultativos sensibles a la herencia cultural del paciente, a su propia herencia, y esto es lo que ocurre cuando dichas tradiciones se encuentran.»[40] La cultura no es un privilegio de los demás, sino también de uno mismo, y la medicina es un ejemplo entre otros de una concepción del mundo y de una práctica cultural. Más proclive que otras a los malentendidos, en la medida en que tiende a imponerse a todos como la compañera indispensable en los problemas de la salud. Una relación intercultural es el fruto de un ajuste de actitudes de una y otra parte, que no enfrenta ejemplares intercambiables de diferentes culturas, sino individuos que tienen una imagen del otro, y modulan sus respectivos comportamientos en función de esta imagen, y de lo que quieren preservar de sí mismos. El sentimiento de la relatividad de los valores y de las acciones, un buen conocimiento de las propias orientaciones culturales, una percepción suficiente de la cultura del otro, la capacidad para dejar de lado lo que parecía hasta entonces la evidencia de un comportamiento, son herramientas necesarias para los facultativos.

40. I. K. Zola, «Oh, where, oh where has ethnicity gone?», *Sociomedical Inquiries*, Temple University Press, Filadelfia, 1983, p. 227.

El significado que otorga el individuo sufriente a la prueba soportada es un criterio determinante de su relación con el dolor. El hombre reacciona menos al corte que lo ha herido, a la afección en sí, que al sentido que ésta tiene para él. El militar mutilado sufre menos por su estado, al estar acostumbrado desde hace tiempo a considerarlo una consecuencia posible de su actividad, que el obrero cuyo brazo le atrapa la máquina que manipulaba. El primero se felicita por haber salvado la vida y disponer de una pensión, mientras que el segundo está aterrado por una mutilación que amenaza volverlo inválido y privarlo de su medio de subsistencia. Si el primero asume los dolores con una relativa serenidad, el segundo los vive con angustia y sufrimiento. De manera concluyente, Henri K. Beecher ha observado una población de soldados heridos en el frente italiano durante la segunda guerra mundial después de haber soportado el fuego durante semanas. El autor se asombra por el optimismo, la tranquilidad de esos hombres, después de su evacuación del campo de batalla. Sólo una tercera parte de los heridos exigió morfina para calmar un dolor demasiado agudo. Muchos soldados dicen no sentir nada y no necesitar remedio farmacológico alguno a pesar de tener graves heridas. Dicha tolerancia nada debe al estado traumático, puesto que se prolonga. Beecher compara la actitud de estos soldados con la de los pacientes civiles que han pasado por una intervención quirúrgica. Aunque las lesiones en los tejidos de éstos últimos sean infinitamente menores que las que afectan a los soldados, su demanda de analgésicos es considerablemente más elevada y las quejas desmedidas. El significado de los dolores no es el mismo en estas dos situaciones. Una herida recibida por un soldado acostumbrado a combatir y a ver a sus compañeros heridos, o incluso morir, tiene un significado honorable: ha cumplido con su deber, y cogido por el fuego del enemigo, nada tiene que reprocharse, y sobre todo, está vivo. La herida es sinónimo de la retirada del campo de batalla y de la evacuación a la retaguardia, y luego del regreso a la vida civil, con una eventual pensión. Por el contrario, lejos del escenario de la guerra, y pocas veces enfrentado a la adversidad, el civil es alcanzado en plena vida cotidiana, cuando no esperaba ninguna amenaza. Su existencia resulta súbitamente afectada sin que nada lo haya preparado a enfrentarse con semejante situación. La herida del soldado en el frente no es comparable con la del civil en sus significados; no son vividas con la misma intensidad.[41]

Según las circunstancias y los interlocutores que se suceden junto a su lecho, el individuo sufriente experimenta variaciones en su dolor. Si da libre curso a la queja ante la enfermera o su madre, por ejemplo, en cambio muestra una actitud digna de elogio frente a sus colegas, y más todavía ante un superior jerárquico que llega en busca de noticias. Enfrentado a las angustias del dolor, el individuo cede a la necesidad de administrar su identidad sin perder el tipo, y compone numerosos rostros según la secuencia de las interacciones. Aunque no tenga una conciencia clara, se esfuerza en reflejar una imagen de lo más positiva conforme a los usos y valores que siguen rigiendo su sentimiento de

41. H. K. Beecher, «Relationship of significance of wound to the pain experienced», *Journal of American Medical Association*, n.º 161, 1956, pp. 1609-1613.

identidad. El momento en que la soberanía sobre sí mismo parece aniquilada es la ocasión propicia para templar el carácter y revelar cualidades inesperadas. La manera de sufrir oscila entre un interlocutor y otro. Pacientes aquejados de dolor crónico insisten más en la intensidad de su pena cuando se saben observados u oídos por su cónyuge (aun cuando éste no esté presente en la habitación), las palabras acerca del sufrimiento dirigidas al médico apuntan paralelamente al cónyuge, justificando en cierto modo la situación y lo bien fundado de la solicitud. La queja es menor cuando se trata de una enfermera puesta en la misma situación.[42] De manera implícita, en la palabra sufriente se expresa una demanda de amor, una llamada a estrechar los vínculos afectivos.

El ambiente, el tono de un lugar desempeña así un papel en la manera en que el enfermo asume su condición. Una investigación realizada sobre sesenta y nueve operados de la vesícula biliar demuestra que los pacientes cuya habitación tiene una ventana que permite ver los árboles consumen dos veces menos analgésicos que aquellos cuya ventana da a un muro de ladrillos. Asimismo, los de este último grupo sufren una hospitalización suplementaria de una jornada como media.[43] Durante la noche el dolor es particularmente sensible, aguzado por la soledad y el miedo, por la desaparición de las referencias y las agitaciones familiares del día. La angustia aviva el sufrimiento y es motivo de frecuentes

42. Cf. A. R. Block; E. Krener y M. Gaylor, «Behavioral treatment for chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behavior», *Pain*, n.º 9, 1980, pp. 243-252.

43. R. S. Uhrich, «View through a window may influence recovery from surgery», *Science*, n.º 224, 1984.

llamadas al personal sanitario: demanda de calmantes, de seguridad, de reconocimiento. Por esas razones, la noche es objeto de medicaciones suplementarias para provocar el sueño. El ocio es un factor agravante del sufrimiento, dirige permanentemente la conciencia del individuo hacia su infortunio. Las anestesias provisorias a consecuencia de heridas en los campos de batalla o en ocasión de encuentros deportivos se explican en parte por el compromiso en la acción. La conciencia dolorosa se expande cuando recupera la atención en sí misma, es decir, el investimiento del propio cuerpo. Numerosas situaciones de la vida cotidiana ilustran lo común de este hecho.

Los estudios sobre el dolor sentido demuestran que un sujeto animado a proseguir más allá de su umbral de tolerancia consiente en recibir descargas más fuertes.[44] Dicho umbral también se aumenta si hay testigos presentes o si se organiza una competencia entre los protagonistas. Una experiencia realizada en la Universidad Mac Gill (Montreal) ha medido el impacto del grupo sobre el umbral dolorífero, después de establecer la pertenencia religiosa del individuo. Cuarenta sujetos de confesión judía y otros cuarenta de confesión protestante fueron invitados a participar en el experimento sin que se suministrara información alguna acerca de sus convicciones religiosas. Los umbrales doloríferos se les midieron entonces mientras unos y otros creían participar en el examen como simples estudiantes. Luego se les anunció de manera anodina que había trabajos que demostraban que sus correlegionarios tenían la re-

44. B. B. Wolf y A. A. Horland, «Efects of suggestion upon experimental pain: a validation study», *Journal of Abnormal Psychology*, n.º 72, 1967, pp. 402-407.

putación de que su umbral de tolerancia al dolor era menor, y que la investigación en la que participaban apuntaba justamente a aclarar ese punto. Examinados una segunda vez, los estudiantes judíos aumentaron su rendimiento de manera significativa. Los protestantes, por el contrario, mantuvieron las cifras anteriores. Luego se realizó una investigación similar sobre una población femenina. Esta vez se informó, haciendo hincapié en ello, de que los miembros de su comunidad religiosa poseían un umbral de tolerancia claramente inferior a los de la otra comunidad. Los dos grupos aumentaron su rendimiento de manera significativa.[45]

Con una metodología diferente, Barber y Hahn consiguieron un aumento significativo del umbral de resistencia sugiriendo a los sujetos de la prueba, cuyas manos estaban inmersas en un agua helada, que distrajesen su atención imaginando escenas agradables.[46] Activar la imaginación con una ensoñación divertida es otra manera de actuar sobre el dolor. Una actividad que apasiona y aleja la atención del individuo sufriente es una forma de eficacia simbólica que muestra el grado de control sobre sí del cual es capaz el ser humano, aunque no siempre lo sepa. Por el contrario, la consigna de imaginar una situación dolorosa produce en los sujetos efectos físicos asociados al dolor: aumento del ritmo cardíaco, de la tensión muscular y de la respuesta galvánica de la piel.

45. W. Lambert; E. Libman y E. Poser, «The effect of increased salience of a membership group on pain tolerance», *Journal of Personality*, n.º 1, 1960, pp. 350-357.

46. T. X. Barber y K. W. Hahn Jr., «Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically suggested and waking-imagined *analgesia*», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, n.º 65, 1962, pp. 411-418.

Estudios realizados sobre las secuelas de operaciones quirúrgicas revelan que cierto número de pacientes no sufren. Entre la intervención y el dolor postoperatorio se interponen datos imprevisibles, tanto personales como relacionados con el medio, ya propios de las condiciones previas de la operación, que modelan la incidencia dolorosa acentuándola o borrándola completamente para un sector que oscila entre un 5 y un 20 % de los pacientes.[47] Investigaciones más antiguas confirman estos datos. Sobre una muestra de doscientos treinta y siete pacientes sometidos a intervención quirúrgica, Papper cuenta un 44 % que no se queja de dolor alguno.[48] Otro estudio revela que el 21 % de pacientes sometidos a colostomía o gastrectomía no reclaman analgésico alguno.[49] Por el contrario, ciertos pacientes sufren más que los otros y durante mayor tiempo. Melzack comprobó, por ejemplo, que si el dolor postoperatorio desaparece lentamente los días siguientes a la intervención, persiste para el 30 % de los intervenidos mucho más allá del cuarto día.[50]

En el seno de una misma clase social o de una misma sensibilidad religiosa, a pesar de las orientaciones comunes y la relativa previsibilidad de la relación con el

47. C. Conseiller y D. Ortega, «La douleur postopératoire», en JEPU, *La douleur et son traitement*, Arnette, París, 1988, p. 139.

48. E. M. Papper *et al.*, «Post operative pain: its use in the comparative evaluation of analgesics», *Surgery*, vol. XXXII, 1952.

49. A. S. Keats, «Post operative pain: research and treatment», *Journal of Chronic Diseases*, vol. IV, 1956.

50. R. Melzack, «Pain on a surgical ward: a survey of the duration and intensity of pain and the effectiveness of medication», *Pain*, n.º 29, 1987, pp. 67-72.

mundo, se ejerce una singularidad personal. Más allá de las incitaciones implícitas que recibe de su grupo de pertenencia, cada actor reacciona frente a la emergencia del dolor con un estilo propio. Al margen de la manera colectiva de vivir el dolor, ciertos individuos son considerados más «duros» que otros, o más «blandos» o más «sensibles». Los trabajos de A. Petrie evidencian estas disparidades de respuestas al dolor.[51] Asimismo, el momento del parto, con frecuencia asociado al dolor, refleja variadas experiencias de acuerdo con las historias personales de las mujeres y su pertenencia cultural.[52] Un artículo de Marcel Proust recuerda la evidencia cotidiana de la desigualdad de los seres humanos ante el dolor, incluso entre los de idéntica condición social y cultural. Proust evoca a Alphonse Daudet aquejado de tabes de origen sifilítico, que le produjeron una parálisis progresiva al final de un largo sufrimiento: «Apenas me atrevía a poner los ojos sobre el señor Daudet el día en que lo vi por primera vez. Sabía que desde hacía diez años la continuidad de sus dolores atroces, la cotidiana necesidad de calmantes más peligrosos todavía, y cada noche el sufrimiento de su cuerpo, tan pronto como se acostaba, se volvía intolerable. Debía tragar una botella de cloral para dormirse. Recordaba cuánto una enfermedad, comparada con la suya, tan suave que él la habría pasado como un descanso, me había apartado de los demás, vuelto indiferente a todo aquello que no in-

51. A. Petrie, *Individuality in Pain and Suffering*, Chicago Unversity Press, Chicago, 1967.

52. Por ejemplo, el testimonio de las mujeres de Minot, de medio rural y popular, en Simone Verdier: «Todo el mundo no pare igual. Hay quien no tiene dolores, quien pare como si nada, y también hay otras que sufren largo tiempo», Y. Verdier, *Façons de dire, façons de faire*, Gallimard, París, 1979, p. 93.

teresase a mi cuerpo sufriente, en el cual mi espíritu permanecía obstinadamente fijado.»[53]

Los relatos de Georges Duhamel, médico en el frente durante la Gran Guerra, ofrecen mil ejemplos de una distribución muy desigual de la capacidad de contener el dolor según los hombres, aunque sean de condición social semejante. Auger, el cestero de Charente, «no parece desdichado por sufrir» y Grégoire «es un pesado», gime con la menor cura, el más ínfimo movimiento, es incorregible y «sin valor» ante la adversidad. A pesar de sus esfuerzos está transido de miedo y de dolor en cada examen de su herida, en cada vendaje, y exaspera a sus enfermeros y médicos. «Grégoire no sabe sufrir como no se sabe hablar una lengua extranjera. Sólo que es más fácil de aprender el chino que aprender el oficio del dolor. Cuando digo que no sabe sufrir, entiendo que sufre, desgraciadamente, mucho más que los otros. Conozco el cuerpo humano, hay signos que no engañan. Grégoire se las arregla mal. Recuerda a los niños que tienen tanto miedo de los perros que están destinados a ser mordidos.»[54] Grégoire está sin defensas ante su dolor por razones derivadas de su historia personal, obrero, no tiene como Auger la resistencia y la distancia que con frecuencia caracterizan a su medio social. Y el vacío que crea a su alrededor, en el hospital donde lo atienden, atestigua la muda desaprobación de la que es objeto. Auger, por el contrario, está en la gracia del dolor, lo guarda para él y conserva el buen humor ante los demás. Un obús le ha roto la pierna y arrancado el pie, como el miembro tenía aún un trozo de carne, extrajo

53. M. Proust, *La Presse*, 11 de agosto de 1897.

54. G. Duhamel, *Vie des martyrs. 1914-1916*, Mercure de France, 1917, París, p. 178.

el cuchillo y él mismo procedió a la amputación. Cuando Duhamel, más tarde, le propuso dormirlo antes de rasparle el hueso, se negó: «Imagino que eso no será tan terrible. Si no le importa, no me duerma y haga su trabajo, del resto me encargo yo.» No obstante, no puede refrenar ciertas muecas, entonces se suma a cantar unas letrillas picantes entonadas por las enfermeras, y todos se echan a reír. «Auger —escribió Duhamel— sufre de una manera lúcida, inteligente, casi metódica. No se pelea con todo ni se queja a tontas y a locas. Hasta en las manos de los demás sigue siendo el hombre que supo amputarse a sí mismo y acabar la obra de la metralla. Es demasiado modesto y respetuoso para dar consejos al cirujano pero le proporciona preciosas informaciones.»[55] Auger guía la mano que lo cura, controla los gestos que lo hacen sufrir cuando se le cambia el vendaje. En ese sentido es un paciente ideal que no se queja nunca y se ofrece a los tratamientos que se le proponen con serenidad. Su imagen de hombre viril y duro para el dolor se ha valorizado. No se siente disminuido por su mutilación, explica a Duhamel que podrá seguir ejerciendo su oficio. Asimismo, tampoco pone en duda la actitud de su mujer en relación con él, confía en su futuro. En cambio, se apena por los demás, por los campesinos, sobre todo, cuyas graves heridas impiden el trabajo en la granja. Grégoire, por el contrario, está solo, trabajador sobre todo independiente e itinerante, está quebrado en su sentimiento de identidad y el dolor le parece más intolerable aún. Pero Duhamel también muestra que una actitud estoica puede romperse a causa de un grano de pimienta que agrega un soplo al sufrimiento soportado. Tricot, gravemente mutilado, un día ve que en la nariz le ha salido un grano. Aunque ha encajado desgracias y dolores infinitamente más terribles, ante ese modesto acontecimiento se queda sin fuerzas. «Y en verdad —escribió Duhamel— el vaso desbordó. Era un dolor que no se merecía. Tricot comenzó a quejarse, y a partir de entonces lo vi perdido.»[56] Sin estar dormido había soportado que se le abriera el pecho, pero la gota de agua de un dolor suplementario quebró su entereza. Y fue el preludio de su muerte, puesto que a partir de entonces perdió el deseo de vivir y renunció a luchar.

55. *Ibidem*, p. 184.

Un mismo individuo no tienen una relación constante con su dolor. Las circunstancias la hacen variar, como se ha visto: se distrae enfrascándose en una actividad absorbente, o lo olvida al ser súbitamente reclamado por una tarea imprevista o por preocupaciones que reclaman toda su atención. El dolor se acentúa si no se piensa más que en él, si el individuo se deja disolver en su tormento. El significado que se otorga al hecho doloroso, el estado de ánimo que reina en tal o cual momento, son las matrices que dan forma al sentimiento del dolor.

La gestión social del dolor

El dolor crónico se dibuja en negativo como un sufrimiento en cuyo alivio fracasan los tratamientos médicos, definición paradójica que ilustra hasta qué punto la medicina es la referencia absoluta para toda evaluación del dolor. En principio éste no se presenta

56. *Ibidem*, p. 43.

como una enfermedad a largo plazo. En un primer momento es una preocupación para el individuo, un sufrimiento ocasional que lo conduce a consultar a un médico, u otro profesional de la salud, como otra afección cualquiera. El dolor es un motivo clásico de consulta. El individuo espera ser librado lo antes posible. La perspectiva próxima del alivio vuelve la situación, en parte, todavía soportable. Cuanto más joven es el sujeto, mayor es su convicción de que tal estado es provisional y que recuperará sin perjuicios el uso anterior de su existencia después de los tratamientos apropiados. Los sujetos de mayor edad conocen por el contrario las patologías relacionadas con las contingencias de su longevidad (reumatismo, gota, artritis, artrosis, etc.). El dolor crónico está igualmente asociado con enfermedades evolutivas (cáncer, sida...).

De acuerdo con su condición social y cultural, sus conocimientos previos, el enfermo recurre al médico o al curandero, o incluso al quiropráctico, al osteópata, al acupuntor, etc. El enfermo del medio popular se remite más bien a un sistema de proximidad. Su experiencia médica no es muy amplia, y es menos proclive a la comparación, incluso cuando el juicio acerca del terapeuta sea seguro y lo que esperaba de él acabe en decepción. Recurrir al médico es también la consecuencia de una solicitud de consejo a los amigos o vecinos que operan con valores próximos a los suyos. El margen de solicitación de los medios populares, en principio, es más estrecho. El individuo sufriente se dirige a uno u otro de esos terapeutas de acuerdo con su evaluación de la enfermedad, y según los consejos conseguidos aquí y allá, derivados de malestares semejantes ya tratados en su familia o vecindad. Si, por el contrario, considera dichos males «naturales» en su situación o a su edad, puede juzgarlos inexorables y tratarse por sí mismo, arreglárselas solo, sin acudir a un médico u otro profesional sanitario. Por su parte, los medios privilegiados o las clases medias tienden a comparar las diferentes medicinas disponibles en el mercado de la salud, y a informarse sobre las cualidades respectivas de los facultativos. Sus lecturas, frecuentaciones sociales y movilidad les confieren una capacidad de evaluación que los vuelve también más autónomos en la elección, y sin duda menos dependientes de los consejos de los demás. El sistema de los posibles recursos es cosmopolita, y pasa por el tamiz de una crítica sin indulgencia.[57]

Si el dolor se considera desde el principio un síntoma transitorio, la ineficacia de los tratamientos establecen la cronicidad cuando llegan a su fin. Entonces se organiza como modo de vida del individuo, a pesar suyo, obligado a renunciar a sus antiguas prerrogativas, de la misma manera que modifica en profundidad su vida familiar y profesional. El individuo comienza una «carrera» (Freidson) de enfermo jalonada de etapas más o menos previsibles. Su permanente preocupación consiste en mantener una identidad estable y coherente, salvaguardar su imagen ante sí y ante los demás, a pesar de las dificultades inherentes a su continuo sufrimiento. Al mismo tiempo realiza una búsqueda de sentido y de alivio. La persistencia del sentimiento de identidad exige que permanezca en él la certeza de comprender pronto su tormento, y sobre todo de recuperar el empleo anterior de su persona. Pero la duración de la

57. E. Freidson, *La profession médicale*, Payot, París, 1984, pp. 289-290.

pena, el fracaso de los tratamientos, lo proyectan a un camino tortuoso fuera de toda previsibilidad. El «doliente crónico» está en espera de un diagnóstico que haga entrar sus males en una categoría pensable, que dé por fin una legitimidad a su queja y justifique sus comportamientos anteriores. Restablecer el orden del sentido vuelve la enfermedad comunicable, y sobre todo desbarata las sospechas de quienes lo rodean, o incluso la del médico: que en el fondo se trate de una complacencia personal. Encontrarle un significado al dolor se traduce en una incansable búsqueda del enfermo que combate simultáneamente para que el diagnóstico de un dolor «psicológico» no caiga sobre él. Su dolor es de la carne y no del espíritu. Sufre en su cuerpo y pretende ser tratado a dicho nivel. Para él, «psicológico» significa «imaginario», y esa expresión suena como una sospecha que cuestiona su sinceridad.

La fijación sobre la organicidad es una forma de defensa profesional, e incluso hasta de crispación, mediante la cual el médico cogido en falta se esfuerza en mantener su enfoque acerca de la enfermedad sin renunciar a su privilegio de especialista. El enfermo responde a esta preocupación con la misma porfía, como si para él no existiese salvación fuera de la identificación «concreta» de su síntoma. Si no hay dolor que no sea consecuencia de una lesión, se imponen la paciencia y los exámenes, sabiendo que una vez encontrada la causa orgánica, la solución llegará de inmediato, por añadidura. El enfermo se entrega entonces como puro objeto de una relación técnica, renuncia a toda competencia personal sobre sus males, y a toda voluntad de cuestionar su significado y sus consecuencias en la trama relacional. «La relación terapéutica —escribe S. Jallade— aparece entonces como una "ilusión compartida", y el encuentro entre la demanda del paciente y la respuesta del médico se alimenta sobre todo con su obstinación recíproca en la ilusión: la medicina lo puede todo.»[58] La erradicación del síntoma se convierte en un fin en sí mismo, en el registro exclusivo de la organicidad, lo cual vuelve superflua o fuera de lugar cualquier otra iniciativa (escucha, relación de ayuda, psicoterapia...).

El diagnóstico finalmente establecido sustrae al actor del caos, restaura el dolor como materia en qué pensar y actuar, lo inscribe de nuevo en una perspectiva de resolución, después de la prolongada interrogación. Ahí donde todo paciente es feliz de oír la palabra tranquilizadora del médico anunciando «no hay nada», el doliente crónico se amarga, decepcionado con una medicina que fracasa en descubrir su enfermedad y parece ubicar lo que siente en el limbo de la ilusión o de la mentira. Por el contrario, la denominación de la enfermedad levanta toda hipoteca y se recibe con un júbilo bastante desacostumbrado para el médico. Por fin

58. S. Jallade, «Médecine psychosomatique et douleurs rebelles», *Revue de Médecine Psychosomatique*, vol. 16, n.º 1, 1974, p. 50. Treinta y cinco enfermos seguidos por S. Jallade que padecían dolores neurálgicos crónicos y rebeldes en diversas partes, que en diez de ellos se remontaban a más de diez años de antigüedad, recibieron simultáneamente tratamiento físico y psicoterapéutico, rompiendo de esa manera la separación radical entre tratamientos del cuerpo y atención psicológica. Con la excepción de seis de ellos, vistos una sola vez, dieciséis no experimentaron ningún dolor más, y se consideran curados; para siete, la atenuación de los síntomas volvieron más soportable su estado; los seis últimos continuaron con sus dolores. El dolor se alimenta en el conflicto con los allegados y la decepción a causa de los los exámenes o tratamientos médicos. También ahí puede verse hasta qué punto el dolor remite siempre a una estructura simbólica.

fue reconocida la legitimidad de su mal, el paciente tiene el sentimiento de que acaba de reconocerse su inocencia. «Cuando el médico me llamó y me dijo lo que tenía estaba tan feliz de tener algo que no oí todo lo que decía —comenta una mujer, víctima de un dolor crónico—. Debí recordarlo... Aunque hubiese tenido cáncer, me habría dado lo mismo... Sabía que había algo... y los médicos no encontraban nada. Era un infierno... Eso quería decir que no había nada perturbado en mi cabeza. Que no era una hipocondríaca... Era bueno saber que había algo.»[59] Que el enfermo pueda de este modo sentirse culpable de su sufrimiento es un hecho inquietante y dice mucho acerca de la interiorización de un deber de organicidad para acreditar su queja, y también sobre la actitud de ciertos médicos. Mercado de ilusiones no obstante, puesto que la experiencia demuestra sobradamente que la identificación de la organicidad no basta para aportar la curación.

La vana búsqueda del alivio, la comprobación del carácter inédito del dolor experimentado, fuerza al paciente que es un doliente crónico a la duda.[60] El dolor persiste, los exámenes se suceden, los tratamientos no tienen efecto. Se insinúa un temor acerca de su tolerancia, semejante a un deterioro cotidiano que nada disminuye, acerca de la capacidad de los recursos de la medicina para acabar alguna vez. La demanda al terapeuta se vuelve más insistente. Con frecuencia se solicita un especialista. Los exámenes, paradójicamente, se hacen más dolorosos, y se proponen las soluciones más radicales (la intervención quirúrgica, por ejemplo). La renovación del fracaso suele conducir a una crítica severa e incluso a la desafección hacia la medicina. Si el enfermo había puesto sus esperanzas, en primer lugar, en aquélla, desalentado, se vuelve hacia facultativos de otra clase (osteópatas, quiroprácticos, etc.) o hacia curanderos (hipnotizadores, ensalmadores, etc.).[61] El itinerario de las curas se vuelve pragmático, aspira a un resultado inmediato y se agarra a todas las esperanzas. El individuo está inmerso en una situación insostenible, ya no dispone de ningún recurso para nombrar su mal y contenerlo, está enfrentado a una experiencia «acultural» (Hilbert): faltan los recursos médicos, los únicos legítimos para explicar su estado. Se hunde en una experiencia que carece de modelo, y está obligado a inventar un modo de resolución de su prueba, en cuyo defecto no tiene otra perspectiva que la renuncia y el vacío.

El individuo, esta vez convertido plenamente en «doliente crónico», busca al terapeuta «milagroso». Comparte su experiencia personal con otros, afectados por los mismos males y que han tenido la misma evolución. «Existe una subcultura que disemina informaciones y ofrece un consuelo a sus miembros.»[62] Se in-

59. Citado por R. Hilbert, «The acultural dimensions of chronic pain. Flawed reality construction and the problem of meaning», *Social Problems*, vol. 31, n.º 4, 1984, p. 368.

60. Cf. Kotarba, *Chronic Pain. Its Social Dimensions*, Londres, Sage Publications, 1983. Véase también Y. Baszanger, «Travail médical et expérience de la maladie», *Sciences Sociales et Santé*, vol. VII, n.º 2, 1989.

61. Un ejemplo, entre muchos otros, de un itinerario como éste, es ofrecido por A. Kleinman, *Suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, 1988, pp. 56 y siguientes. Acerca de la experiencia del dolor crónico, también remitimos a M.-J. Delvecchio Good; P. E. Brodkin; B. J. Good y A. Kleinman, *Pain as a human expérience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley, 1992.

62. J. Kotarba, *ibidem*, p. 74.

tercambian direcciones de curanderos o terapeutas, nombres de medicamentos eficaces, se relatan trayectorias de curas. De manera informal se crea una comunidad de destinos que ayuda a soportar esta condición. El individuo integra el dolor en su existencia, se organiza con y a pesar de él. A menudo su penosa experiencia afecta a sus relaciones familiares. Replegado en sí mismo, menos investido en relación con los suyos, frenado en su actividad, limitado en sus proyectos, quejándose de su estado, suscita la indisposición o la impaciencia ante una situación que se eterniza. Sus exigencias se vuelven intolerables: silencio en la casa, salidas imposibles, etc. Los suyos acompañan la búsqueda de alivio y las peripecias de las curas, pero el cansancio se impone con frecuencia a causa de los repetidos fracasos y el tiempo que pasa. El equilibrio anterior está roto, la situación exige del grupo familiar una reorganización de sus relaciones y modo de vida. El hombre sufriente ya no es el mismo, pero se le suele considerar a la luz de sus comportamientos pasados. Se le reprocha ese cambio sin considerar circunstancias atenuantes. El dolor provoca la irritabilidad, solicita la comprensión y la indulgencia del grupo o desemboca en conflictos. Iván Ilich, presa de un dolor persistente que lo espanta, siente crecer un mal humor que envenena la vida familiar. Las disputas se multiplican. «Al decidir que su marido tenía un carácter detestable y que la había hecho desdichada, se compadeció de su propia suerte... Después de una escena en cuyo transcurso Iván Ilich se mostró singularmente injusto [...] él admitió que se había vuelto irritable en efecto, pero que eso era enfermizo...»[63]

63. L. Tolstoi, *La muerte de Iván Ilich.*

La sospecha surge a veces de la mala voluntad de un enfermo que podría «poner un poco de sí» o «hacerse menos caso». La acusación de complacencia es intolerable para el hombre sufriente que se debate en una red que no para de cerrarse en torno a él. La solidaridad inicial se transforma en desconfianza, y a veces en rechazo. Las familias permanecen solidarias mientras la voluntad de curación les parece fundada y sincera. Pero otros acaban cayendo en la incomprensión por aquel de quien se sospecha que exagera y que podría ocuparse más de sí. «Y sólo él sabía —piensa Iván Ilich—, quienes lo rodeaban no lo comprendían o no querían comprender e imaginaban que en el mundo era como en el pasado. Eso era precisamente lo que más atormentaba a Iván Ilich.» La depresión suele sumarse al cuadro doloroso y entonces acaba de desestructurar la existencia. Las capacidades personales de adaptación y de tolerancia son vivamente reclamadas por los demás miembros de la familia. A veces los vínculos afectivos se debilitan. Los allegados tienen el amargo sentimiento de vivir inmersos en una sola fuente de obligaciones, sin ser retribuidos con el reconocimiento o el amor del enfermo. En ocasiones la incomprensión mutua desemboca en la separación, el divorcio. El sentimiento de abandono nacido de tal mecanismo conduce en ciertos casos al alcoholismo o al suicidio.

Si el dolor subyace en el oscuro interior del cuerpo de su víctima, la irradiación engloba a una serie de actores que se constituyen como una especie de sistema social del cual el dolor es el centro secreto, y al mismo tiempo manifiestamente pregonado. El dolor crónico es una enfermedad eminentemente social, afecta a los padres o el cónyuge, los hijos, los amigos, y hasta al ve-

cindario, alcanza de rebote al círculo profesional y fuerza por último a un recorrido muy pronto familiar (exámenes médicos, etc.). Entonces implica a los médicos solicitados, enfermeros, farmacéuticos, curanderos eventuales, toda una servidumbre social cuyos miembros no necesariamente se comunican entre sí, pero que movilizados por el dolor del enfermo se unen sin habérselo propuesto: una ocupación exclusiva que no deja mucho tiempo para las distracciones.

En ciertas circunstancias el individuo debe dominar la información relativa a su estado. Si comenta con precisión su dolor ante el médico o los allegados, ante interlocutores de quienes ignora qué uso harán de la información, la administra con prudencia. Proteger la situación profesional o salvaguardar la identidad se convierten en preocupaciones constantes. El individuo está expuesto a la incredulidad o a la sospecha de exagerar su estado para obtener provecho o una consideración indebida. Está amenazado por el descrédito, pueden acusarle de exagerar, y hasta de simulación. Teme desnudar una fragilidad personal que arruinaría su posición profesional. Antes de exhibir su infortunio ante un extraño o un colega, o repetir el gesto ante un allegado, se impone una cierta prudencia. El despecho que siente al ponerse en duda su palabra o su queja, el miedo a no ser creído por no tener pruebas tangibles de su sufrimiento, y hasta el propio temor a perder el empleo, o simplemente la estima de los allegados o colegas, fuerzan al individuo a «aguantar» y seguir trabajando a pesar de las dificultades, simplemente intentando evitar los movimientos dolorosos o las cargas pesadas. El individuo prefiere esos momentos penosos al temor de perder la identidad o malbaratar su imagen ante los de-

más. El silencio suele ser una necesidad para la persona afligida que sabe por experiencia que una revelación semejante es con frecuencia perjudicial en las relaciones sociales. La gestión del secreto es parte integrante de la experiencia dolorosa para muchos individuos.

J. Kotarba demuestra en su obra el juego de simulación al que se entregan los atletas de alto nivel en Estados Unidos, afectados de dolor crónico (relacionado por ejemplo con un golpe o una caída) para mantener su estatuto de profesionales o conservar su puesto en los equipos, dada la competencia y la despiadada organización imperante. Los jugadores prefieren apretar los dientes y soportar la pena durante las competiciones antes que ser puestos en entredicho o arriesgarse a un conflicto con el entrenador o el médico del club, y hasta incluso ser despedidos. Los atletas desarrollan entre ellos estrategias en tal sentido, intercambian consejos, intercomunican experiencias para mantener su posición con la esperanza de que el tiempo mejore las cosas.[64]

El medio obrero, tocado con frecuencia por el dolor crónico (dolores de espalda, etc.), también se enfrenta con el imperativo del secreto. El sufrimiento global o el dolor que afecta a unos músculos vuelven el esfuerzo penoso o peligroso, reducen el rendimiento. La tarea, difícil de llevar a término sin ofrecer indicios, consiste en negar todo dolor ante sus colegas susceptibles de cargar la debilidad a la cuenta de una pereza o una debilidad física que disminuye su estima, o frente a superiores que amenazan con interpretar el hecho como una falta de iniciativa, una actitud «holgazana».

64. J. Kotarba, *op. cit.*, pp. 133-164.

Si el dolor se mantiene sin alterar el rendimiento de manera demasiado evidente, «aguantando», el actor salva las apariencias sin temer todavía por su progreso o su carrera. La situación se controla discretamente, a veces sobre el filo de la navaja. Nicolas Dodier expresa bien lo que está en juego cuando escribe que «por un lado, es necesario [para el individuo] dar a conocer suficientemente su enfermedad, con la ayuda de signos perceptibles, con el objeto de aumentar la parte que los otros atribuyen a los problemas corporales. En efecto, cuanto más grande sea esa parte, más importantes son los problemas "absolutos" deducidos por los demás, y tanto más será juzgado positivamente el comportamiento individual». Se le concede un crédito mayor por cuanto prosigue su tarea a pesar de su enfermedad. Pero «por otra parte, al mismo tiempo es necesario limitar el recurso a la enfermedad (su visibilidad social) justamente con el objeto de que los otros no crean que recurre a lo corporal con exceso».[65]

Si es necesario saber callar acerca del propio estado, a veces conviene decirlo sin rodeos, so pena de recibir tareas difíciles y hasta imposibles de realizar en tales circunstancias. La maniobra resulta penosa, siempre debe repetirse, y cada episodio es nuevo, uno no puede confiarse. El doliente crónico no puede atenerse a una actitud equívoca, cada situación social o profesional exige de él una rápida intuición de lo que debe callar o

65. N. Dodier, «Corps fragiles. La construction social des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail», *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986, p. 617. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercise du jugement*, Métailié, París, 1993. Véase también R. Hilbert, *op. cit.*, pp. 370 y ss.; S. Fagerhaugh y A. Strauss, *Politics of Pain Management: Staff-patient Interaction*, University of California, San Francisco, 1977, p. 241.

revelar, y en qué términos. El actor asume de esa manera una parte indeseable de sí mismo que expone al juicio sin indulgencia de los otros, pero la invisibilidad de su dolor le deja la ingrata tarea de evaluar en cada nueva situación si es pertinente o no declarar su estado. El dolor crónico también es una prueba social que exige al actor un desdoblamiento de sí que aumenta el desasosiego. Si se exhibiera con un brazo roto o una enfermedad cardíaca, el actor no tendría necesidad alguna de ejercer la sagacidad sociológica para administrar su existencia de la mejor manera. Eso es lo insólito de un estado semejante, que parece no minar la apariencia ni la relación con el mundo, y que induce la desconfianza.

Si el marco laboral obliga a un hábil manejo de la situación, el café es, por el contrario, uno de los lugares privilegiados donde hablar del sufrimiento en ciertas condiciones. Con frecuencia la conversación en la barra comienza de manera humorística para señalar implícitamente a los demás que se ha tomado distancia del problema, que se trata, por ejemplo, «de esta puñetera espalda» antes que de él mismo. Una manera de entrar en el asunto esencial sin pasar por quejoso o timorato, pero que exige un hombre capaz de plantar cara y que tenga experiencia. «Como todo doliente crónico, el obrero debe presentar una imagen de competencia a quienes le oyen, de modo que pueda conservar la estima de sí.»[66] El estilo humorístico permite abordar de manera ritual («cara de póquer») un tema delicado. Ausculta el clima del momento y exhibe un autocontrol que disimula bajo las bromas la gravedad del tema tratado, pero que realiza su objetivo de compartir una

66. J. Kotarba, *op. cit.*, p. 170.

preocupación con los demás buscando sus consejos o experiencias. La familia suele estar cansada de sus quejas regulares, y del dolor sólo se cuenta a la clientela más o menos anónima y atenta del bar, junto a un vaso que justifica la presencia y favorece camaradería. Se discute acerca de los méritos comparados de los facultativos del barrio o de las diferentes medicinas, se evocan experiencias personales o familiares próximas, se ejercita la compasión en grupo. El actor de medio popular encuentra de ese modo, en la sociabilidad provisional y cálida de los bares, un apuntalamiento de su identidad que le confirma la realidad de sus dolores (cuando a veces el medio familiar es crítico o impaciente en relación con éstos) y lo incluye en una comunidad de destino que le aligera la carga. Al mismo tiempo, el alcohol aplaca un poco el sufrimiento, procura el olvido de las preocupaciones, y además una convivencia de café sin consecuencias, pero que durante un rato le da el sentimiento de existir a pesar de las dificultades.

El dolor como estatuto social

En la mayoría de los casos el dolor crónico merma las antiguas prerrogativas del individuo, perjudica su integración social, su vida familiar y relaciones de amistad, pero ocurre, por el contrario, que le confiere de pronto una eminencia que modifica las relaciones con los demás. Si estaba aislado, o con una mala inserción familiar, laboral o vecinal, si se sentía incómodo, impotente para desarrollarse en su trabajo donde se enfrentaba a problemas personales o financieros insolubles, una herida o un síntoma cualquiera se transforman a veces en cajas de resonancia de un sufrimiento difuso.

El dolor que tiende a instalarse entonces adquiere valor identificatorio, y concede al sujeto un estatuto, un reconocimiento, una legitimidad para deshacerse de responsabilidades que le pesan. Recupera una mejor posición en su familia, preocupada por su estado, y atenta a procurarle alivio. Es el caso de ese obrero que goza de una modesta estima de sus semejantes. Los dolores de espalda que sufre le procuran una suerte de moneda de cambio con los demás. Por fin se interesan en él, le preguntan si está mejor, le dan consejos, le cuidan la salud. Él visita regularmente al médico, se presta a los exámenes de buena gana. El dolor le procura beneficios secundarios no desdeñables, y a veces hasta una compensación financiera, que refuerza, al margen de la voluntad del enfermo, un sistema difícil de romper, pero peligroso a largo plazo cuando la familia, la vecindad o los amigos acaban cansándose de un estado que no mejora, o cuando el médico desalentado llega a dudar de la realidad de un dolor que nunca consigue aliviar.[67]

Nota sobre el dolor de laboratorio

Numerosos estudios norteamericanos, animados por una fantasía de omnipotencia acerca de su objeto de estudio, reducen a datos de laboratorio el objeto de estudio, colocan la complejidad de lo real bajo celofán, después de purificarlo de la mayoría de sus componentes incontrolables. Pero el dolor no se deja reducir a una tranquila maquinaria de laboratorio, con un puñado de voluntarios remunerados o que buscan ganarse la

67. B. Clark Mims, «Sociological and cultural aspects of pain», en G. D. Tollison, *Handbook of Chronic Pain Management*, 1989, pp. 23 y ss.

buena voluntad del profesor del psicología o fisiología experimental. El dolor de laboratorio es un juego de sociedad, un simulacro que deja al individuo libre de retirarse de la escena en cualquier momento, e interrumpir la experiencia sin que sufra secuela alguna. A lo sumo suelta una carcajada liberándose de los electrodos y dice al experimentador que no aguanta más. El dolor es infligido mediante máquinas que no provocan miedo alguno, y los estímulos aplicados en la piel están bajo el permanente control de la mirada, y sobre todo de la voluntad. Si estas experiencias son indicativas, como se ha visto antes, permanecen mudas en lo esencial: la relación íntima del hombre enfrentado a un dolor cuyo origen no conoce, y del cual nada ve, un dolor marcado en el centro de su ser cuyo tormento no puede regular a su gusto, y del cual ignora las consecuencias. ¿Es posible entonces hablar de umbral del dolor cuando se elimina la ansiedad, el miedo, la sorpresa, el desmantelamiento duradero de la identidad del hombre sufriente? El dolor concreto no concierne sólo a la superficie cutánea, es una experiencia entera del ser, puede dejar sin aliento, aumentar el ritmo cardíaco, trastornar la expresividad, etc. Estos estudios de laboratorio miden sensaciones puras en condiciones de comodidad moral de los sujetos.

Este dolor de acuario, con protagonistas con buena salud, sugiere remotamente lo que es en la vida real, mientras que el auténtico sufrimiento imprime su marca en una existencia que quiebra o dificulta. René Leriche ya había subrayado la distancia entre el «dolor enfermedad», el dolor vivo, dice en otro momento, y el dolor de laboratorio: «Todo es exterior, todo está provocado y hecho para ser registrado.» Por el contrario,

ante el médico, «en el enfermo que sufre, el dolor es como un huracán de sufrimiento que no permite inventariar mucho, ni siquiera cuando ha pasado. En el momento en que está presente, el enfermo está fuera de sí mismo, fuera de sus posibilidades de análisis, salvo que, por el contrario, no se concentre por entero en su sufrimiento. Y usted está allí, incapaz de comprender, turbado ante ese abismo a donde no puede descender, y que intenta imaginar sin conseguirlo... rozando con la mano la zona del dolor, asombrado por no advertir nada ahí, y provocando a veces terribles empeoramientos».[68] El dolor de laboratorio no conoce el miedo, el sentimiento de impotencia. Si revela ciertas disposiciones, los trabajos que supone deben estar en permanente relación con la vida real, con el sufrimiento concreto declarado y vivido por pacientes afectados por una enfermedad o una herida. Si el dolor de laboratorio da preciosas informaciones, hay que abstenerse de convertirlas en fetiches e interrogar antes al paciente junto a su lecho, en situación real de sufrimiento, reunir mediante la entrevista y la observación los rasgos particulares de sus respuestas al mal, recurrir a exámenes probados, preguntar a su familia o allegados, a aquellos que comparten elementos culturales con él. De hecho, el fisiologista, en las condiciones de laboratorio, trabaja sobre una experiencia sensorial, cuando en la percepción del enfermo el dolor es también una experiencia afectiva, una indisoluble maraña de sensaciones y emociones.

Por eso en su obra, Hardy, Wolff y Goodell dicen sin ambigüedad que «puesto que por definición, la ex-

68. R. Leriche, *op. cit.*, p. 32.

periencia del dolor incluye la sensación del dolor, los síntomas asociados, aunque sean importantes, no tendrán más que un interés secundario en este ensayo».[69] Pero el sufrimiento *(suffering pain)*, ¿es simplemente la adición de intensidades ligadas a los diferentes síntomas, separada de toda otra inquietud? Esta ilusión se nutre de una concepción mecánica del cuerpo humano que olvida que el dolor no es un estímulo sobre un receptor biológico, sino lo que siente un ser humano con toda la masa de sus sentimientos, su psicología personal, valores y experiencia.

69. J. D. Hady; H. G. Wolff y H. Goodell, *Pain Sensations and Reactions*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1952, p. 24.

MODERNIDAD Y DOLOR

> Es bueno arreglárselas para aprovechar del mal, puesto que es tan ordinario, mientras que el bien es tan infrecuente.
>
> PASCAL, *Carta a Madame de Roannez*

Durante mucho tiempo el dolor se impuso como un destino, una fatalidad que exigía arreglárselas con las propias fuerzas durante un período o toda la vida. Las operaciones quirúrgicas, cuando se vuelven inevitables, enfrentan a la víctima con una prueba terrible. En 1835, al definir el dolor para el *Dictionnaire de la médecine*, Georget ofreció este cuadro siniestro: «Un enfermo que acaba de sufrir una operación mayor, por ejemplo, aun cuando haya perdido poco o nada de sangre, está aturdido, postrado, a veces como estúpido; abatido, fatigado, quebrado, hasta incapaz de moverse; pálido y desfalleciente; a veces es presa de una exaltación próxima al delirio, de pérdidas de conocimiento, de náuseas y vómitos, de ataques convulsivos, de relajación de esfínteres y deyecciones involuntarias. La muerte ha sido el resultado del dolor, podríamos citar un caso observado re-

cientemente.»[1] Se necesitaba el riesgo evidente, mortal, o un dolor intolerable que quebrantase la existencia para que un enfermo decidiera pasar por semejante experiencia, que con frecuencia acababa en la muerte, en una época en que la asepsia no existía. La celeridad de la acción del cirujano, que debía desdeñar los gritos y contener los esfuerzos desesperados del paciente para sustraerse a las manos vigorosas que se esforzaban por mantenerlo en su sitio, era el único antídoto del dolor.

A finales del siglo XVIII las investigaciones en química avanzaron con velocidad en la elaboración de sustancias con efectos anestésicos: protóxido de nitrógeno, éter, morfina, cloroformo. Además, ampliando el magnetismo de Messmer, y sobre todo el de Puysegur, a partir de 1830 se realizaron operaciones quirúrgicas con éxito gracias al empleo de la hipnosis. Pero los médicos no se entusiasmaron con estos métodos, y no pensaron en aplicarlos para el alivio del dolor porque éste les parecía natural e inherente a su práctica. En febrero de 1847, en ocasión de una sesión de la Academia de Ciencias consagrada al empleo del éter, Velpeau dijo: «¿Que un enfermo sufra más o menos es un tema de interés para la Academia de Ciencias?»[2] Hubo que esperar hasta la segunda mitad del siglo para que las actitudes médicas se abriesen por fin al empleo de nuevos métodos. Pero el cambio de mentalidad se desarrolló en el transcurso de una generación. Todavía en 1870 los cirujanos seguían operando sin anestesia, por eso el médico jefe de Rochefort decía: «La cloroformización hacía perder el tiempo y podía causar accidentes mortales; por eso operaba casi siempre sin anestesia, en apariencia indiferente a los gritos de los pacientes que durante mucho tiempo me causaron la más penosa impresión. Le he oído decir más de una vez al marino o al soldado que iba a operar: "¡Anda, llena tu pipa y fuma, que esto será rápido!"»[3] La anestesia trastornó el estatuto de la cirugía, suprimió la tortura que se infligía al paciente en las operaciones de que era objeto. El facultativo ya no tiene que seguir actuando con prisa en el cuerpo de un enfermo que retienen a la fuerza los ayudantes del cirujano. La velocidad de ejecución deja se ser una virtud, en adelante el cirujano dispone de tiempo para evaluar sus gestos, siempre susceptibles de matar o mutilar. Pero la irrupción de la anestesia en la práctica médica marca también las premisas de un cambio de mentalidad colectiva ante un dolor que cada vez menos se asocia con lo inexorable. Las víctimas, convencidas, con razón o sin ella, de que la medicina tiene una respuesta antálgica para sus enfermedad, tenderán a considerar cada vez menos que el sufrimiento sea un destino.

Allí donde los recursos médicos están ausentes, como en el campo europeo del siglo XIX y de la primera parte del XX, las personas consultaban a los curanderos tradicionales, quienes rezaban a los santos curadores o recurrían a métodos ancestrales (manipulaciones de los cuerpos, tisanas, ungüentos, etc.). Difíciles condiciones de vida los condujeron a ver como inexorables numerosos dolores que dejan su sello en el transcurso del tiem-

1. Georget, «Douleur», en *Dictionnaire de la médecine ou répertoire général des sciences médicales*, vol. 10, París, 1835, p. 499.

2. Citado por J.-J. Yvorel, «La transformation du rapport à la douleur au XIXème siècle», en A. Lafay, *La douleur. Approches disciplinaires*, L'Harmattan, París, 1992, p. 69.

3. P. Le Gendre, *Du quartier latin à l'académie*, 1930, citado en J. Léonard, *Archives du corps. La santé au XIXème siècle*, Ouest-France, Rennes, 1986, p. 309.

po. Las exigencias del trabajo no dejan bastante tiempo libre para quejarse o meterse en la cama. Y cuando el dolor se instala de manera permanente, no tienen otra salida que arreglárselas con él durante toda la vida. Hacen de la necesidad virtud, y matriz del carácter de la conducta legítima: una actitud de resignación que las circunstancias vuelven inevitable. Una manera elegante de apropiarse de aquello que está más allá de la voluntad. Siguen trabajando a pesar de las caries, las heridas, el desgaste. «Las muelas ya no le duelen, hace tiempo que está muerto», es un chiste elocuente acerca del dolor que concierne al transcurso de la vida. La muerte es el alivio último, la gran medicina que acaba con todos los males. El dolor de muelas no se curaba. Se hacían arrancar de un tirón, y sin anestesia cuando pasaba por el pueblo el dentista itinerante. O bien el herrero con una tenaza lo reemplazaba en la faena. El barbero cortaba los abscesos de un tajo, con la navaja. Las medicaciones corrientes, aunque a veces aliviaran, también daban su ración de dolor. Los procedimientos terapéuticos de los médicos no eran más suaves. Se usaba la adustión, es decir, la cauterización con hierro calentado al rojo, de las heridas infectadas, las mordeduras, las picaduras. Sobre las verrugas, hemorroides, chancros, etc., se aplicaban sustancias cáusticas. «La urticación (flagelación con ortigas), la rubefacción (quemaduras de primer grado), la revulsión o la derivación se preconizaban para estimular las reacciones de un órgano, crear, mediante irritaciones cutáneas, exutorios para los humores corrompidos, y en cierto modo atraer el mal al exterior del cuerpo», recuerda Jacques Léonard.[4] Compadecer al hombre que sufre o pro-

4. *Ibidem*, pp. 302-303.

digarle excesivos cuidados son actitudes igualmente nefastas. «En efecto, para curar se necesita una cierta energía —escribe Françoise Loux—, no hay que temer hacer sufrir al enfermo con los remedios. La llaga, la enfermedad, sólo pueden curarse cuando se expulsa el humor enfermo, lo cual a veces no se puede hacer sin dolor. Esta recomendación es mucho más necesaria en el medio rural, cuyas condiciones de vida, el hecho de llamar tarde al médico, a veces en un momento en que la herida es difícil de limpiar a causa de las costras y supuraciones que se han formado, que hacen con frecuencia necesario un raspado profundo y doloroso...»[5] El dolor estaba integrado en la economía de la vida, veían sufrir a los demás alrededor, sabiendo que un día tal vez iban a padecer las mismas enfermedades. Toleraban el dolor en la medida en que concernía a un destino que en principio era una condición social. El umbral de tolerancia era relativamente alto. Otras circunstancias, como prolongados períodos en el mar, sólo permitían recurrir a la firmeza de carácter templada por la dureza de la vida a bordo, pero sometida a veces a una muy dura prueba. «La lista de enfermedades soportadas es interminable —escribió Jean Recher, antiguo capitán de esos pesqueros que navegaban hasta el Ártico—. Digamos sólo, para dar una idea, que en esa época vi enfermos que no atreviéndose a quejarse por miedo a molestar a sus vecinos dormidos, o a disminuir los beneficios de pesca obligando al capitán a detener provisionalmente la faena y atracar en su favor en un puerto de la costa..., decidían, por ejemplo, amputarse ellos mismos un dedo aquejado de un flemón.»[6]

5. F. Loux y P. Richard, *Sagesse du corps. La santé et la maladie dans les proverbes français*, Maisonneuve et Larose, París, 1978, p. 145.
6. J. Recher, *Le grand métier*, Plon, París, 1977, p. 191.

Los progresos de los tratamientos médicos, y sobre todo de la administración analgésica, al principio sólo benefició a las clases sociales privilegiadas. Buytendijk, al escribir en la década de 1950 una obra clásica sobre el dolor, ya hablaba de «algofobia» para denominar una actitud nueva de prevención, que habría de crecer en el futuro. «La actitud burguesa hacia el dolor —escribió Buytendijk— ha reprimido el problema propiamente dicho del dolor, el tema concerniente a la esencia y al significado del sufrimiento físico.»[7] Hoy, la modernidad transforma la relación de cada actor con su salud en un asunto puramente médico, para numerosos usuarios el dolor ha perdido todo significado moral o cultural; encarna el espanto, lo innombrable. El umbral de tolerancia decrece a medida que los productos antálgicos se vulgarizan. La demanda de anestesia se expande conforme al poder discrecional de la medicina sobre el cuerpo, pero también con el retroceso del valor que en el pasado se asociaba a la resistencia personal. Los estudios revelan que el miedo a sufrir suscita un espanto claramente superior al propio hecho de morir. El dolor es en la actualidad un sin sentido absoluto, una tortura total. Así se traduce la irrupción de lo «peor que la muerte» en una sociedad que ya no integra el sufrimiento ni la muerte como hipótesis de la condición humana. La Association Pour el Droit de Mourir dans la Dignité, fundada en 1980, cuenta en Francia con más de treinta mil socios que reivindican el derecho a la eutanasia. En el mundo suman 500.000 militantes inscritos en unas treinta asociaciones, que reivindican dicha voluntad. La legitimidad de la eutanasia gana las con-

7. F. J. J. Buytendijk, *op. cit.*, p. 6.

ciencias occidentales, como lo revelan numerosas investigaciones.

La réplica de la cultura, es decir, de un significado y una actitud compartidos por muchos, es una instancia antropológica que hace posible la preservación del sentimiento de identidad y el control de la situación. Cuando este último se resiste, el ser humano queda desnudo ante su pena. El dolor ya no se tolera como inherente a la propia condición. La medicina induce en tal sentido un cambio de actitud que desde hace varias décadas tiende a difundirse en buena parte de las sociedades occidentales. El problema del dolor (y de la salud) está enteramente asimilado por la cultura médica, se convierte en un asunto de especialistas que dejan al lego despojada y sin asidero. Los antiguos valores y competencias de los actores para hacerse cargo de sí mismos o apoyarse en sus propios recursos morales fueron relegados. Las grandes declaraciones de los médicos o de periodistas afirmando la inutilidad del dolor y su carácter absurdo pretenden situarse por encima de las culturas y de los significados personales que los seres humanos atribuyen a sus males; dichos discursos toman como crédulos, o al menos como curiosos, a quienes soportan el dolor con valentía o resignación sin ceder en su vida personal.

Al mismo tiempo que se esfuerza en eliminar de la trama cultural la solidaridad con el dolor para convertirlo en una pura preocupación técnica, la medicina es incapaz de tratar numerosos dolores invalidantes, algunos de los cuales son crónicos. El sufrimiento se inviste entonces de una absoluta desnudez. La cultura médica ha dejado de creer en las virtudes del dolor,[8] ya no le

8. Lo cual no ha sido siempre así, como lo demuestran las resistencias a la analgesia en la primera parte del siglo XIX. Cf. J.-P. Pe-

adjudica valor moral alguno, y el conjunto de la sociedad está conminado a pensar del mismo modo, y a adoptar las actitudes requeridas. Despojar al dolor de todo significado quita al ser humano sus propios recursos, convirtiéndolos, en principio, en anacrónicos. Lo cual se agrega a la vulnerabilidad de una persona sin respuesta personal frente al dolor. La cultura médica sugiere que el dolor sólo es cruel, el equivalente moral de una tortura que sería culpable no afrontar con medios científicos. Esta idea acrecienta la demanda médica, pero también aumenta la ansiedad del paciente desprovisto de medios para apropiarse de su enfermedad. Además, a causa de la falta de formación en la facultad, la competencia de los médicos en esta materia se echa en falta con frecuencia, y de manera grave. En Francia, curiosamente, el alivio del dolor sigue siendo secundario en relación con la lucha contra la enfermedad. Secuela de la prioridad otorgada a lo orgánico en relación con el ser humano sufriente. Muchos individuos cuyo dolor persiste a pesar de los tratamientos se vuelven con despecho contra una medicina (o más bien, algunos de sus representantes) que afirma a grandes voces la inutilidad del dolor, pero que muchas veces demuestra ser impotente para erradicarlo. El sentimiento generalizado de que en la actualidad todo dolor puede tener alivio, como parecen darlo a entender los médicos que hablan de los abundantes progresos en este dominio en los periódicos, revistas y emisiones de radio y de televisión, engendra en numerosos enfermos, testigos de los escollos prácticos de tal paradigma, una frustración, y

ter, «Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élision», *Le Genre Humain*, n.º 18; R. Rey, *Histoire de la douleur*, *op. cit.*

hasta un sentimiento de abandono. Si hoy el dolor se cura con eficacia —se dice—, ¿por qué no ocurre lo mismo con el suyo? El cuerpo se ofrece como una máquina cuyos recursos conviene administrar y cuyas disfunciones debe suprimir. El significado que el enfermo atribuye a su dolor o enfermedad es una fantasía que no debe interferir en la acción médica. «En una sociedad dominada por la analgesia —observa Illich—, parece racional huir del dolor, literalmente, a cualquier precio, antes que hacerle frente. Parece razonable liberarse de las obligaciones impuestas por el dolor, aunque ello cueste la pérdida de la independencia.»[9] La respuesta antálgica se considera un deber. El individuo se separa de su cuerpo, lo entrega en manos de especialistas de quienes espera una respuesta incuestionable, sin comprender que él también está en juego en el proceso de curación o en la asunción de su pena. El dolor, sobre todo cuando se prolonga, raramente se considera una experiencia extrema que también tiene como responsable al paciente y que éste podría afrontar con menor pasividad recurriendo a sus propios recursos. Renuncia a toda tentativa personal de buscar sus propias soluciones o sumar sus esfuerzos a los del médico y a los tratamientos que recibe.

El progreso de los analgésicos ha transformado la experiencia humana del dolor. Desde el momento en que éste pudo ser suprimido gracias a tratamientos de fácil acceso, las antiguas defensas culturales se volvieron

9. I. Illich, *Némésis médicale*, París, Le Seuil, 1975, p. 150. M. R. Bond subraya la erosión progresiva de la resistencia tradicional de los ingleses ante el dolor en el contexto de esta ideología médica; cf. M. R. Bond, «The suffering of intractable pain», en H. W. Kosterlitz y L. Y. Terenius, *Pain and Society*, Verlag Chemie, Weinheis, 1980, pp. 53-62.

anticuadas, y fueron sustituidas por los procedimientos técnicos. En consecuencia, el umbral de tolerancia ha disminuido. La experiencia de numerosos médicos que ejercen su profesión desde hace mucho tiempo lo indica de manera concluyente. La resistencia al dolor se borra al mismo tiempo que en el actor aflora el sentimiento de que puede ser eliminado con una simple medicación. Considerado inútil, estéril, el dolor es una escoria que el progreso debe disolver, un anacronismo cruel que debe desaparecer. Se ha convertido en un escándalo, a la manera de la muerte o la precariedad de la condición humana. La voluntad de no sufrir alcanza a otros sectores, ya no sólo a las patologías; sobre todo a los partos. La oferta de servicios crea una inagotable demanda que se sustenta a sí misma y se amplía a medida que es satisfecha. La técnica médica interfiere así en las concepciones del mundo, y las cambia gradualmente. Convence al usuario acerca de las posibilidades de una omnipotencia de la cual ella será la intermediaria forzosa.

Pero la anestesia, en circunstancias en que el individuo espera sufrir, suscita a veces insólitas actitudes que apuntan a restablecer, a pesar de todo, la experiencia dolorosa. La anestesia provoca un sentimiento de irrealización, de inacabamiento, que el individuo se esfuerza en colmar mediante un modo personal de ritualización que a veces perturba al personal médico que lo rodea. Una joven oriunda de Benin, recién llegada a Francia, parió un niño en una maternidad provincial. Al día siguiente se negó a levantarse y se mantuvo replegada sobre sí misma. Cuando la interrogaron, declaró «sufrir por la epidural».

Cuando hubo entrado en confianza, habló de los partos de las mujeres de su pueblo, y sobre todo de los vi-

vidos por su madre o sus tías. La parturienta siempre había visto nacer a los niños con dolor. La epidural la había despojado de su identificación con la madre y las demás mujeres de su linaje. Al sentir un dolor del todo creado por ella, se arraiga en la coherencia de un mundo recobrado, acaba la puesta en el mundo de su hijo siendo fiel a sus orígenes. En este caso la anestesia priva de una referencia esencial que quita realidad a la experiencia, le sustrae su valor íntimo, e impide su inscripción en la historia colectiva. Una simbolización individual que hace representar el dolor como signo restablece la continuidad y aleja la amenaza que se cierne sobre el sentimiento de identidad. Esa mujer puso en acción una resistencia cultural que preservaba sus identificaciones. Por razones semejantes, las mujeres occidentales suelen ser hostiles a la epidural, que las vuelve, según ellas, testigos de una experiencia que desean vivir con toda la carne. Otro ejemplo: una mujer argelina pare, grita, fiel en esto a sus costumbres culturales, pero ello incomoda al personal médico, el cual (en nombre del alivio del sufrimiento) decide aplicarle la epidural sin juzgar adecuado prevenirla antes. Produjeron espanto en la parturienta, cuyos gritos aumentaron y la acercaron al pánico. Una comadrona inquieta decidió finalmente ir a buscar a un intérprete de lengua árabe, que interrogó a la mujer enloquecida: «¡No siento mis piernas, no siento nada!», gritó ella. En sus *Confessions d'un chirurgien*, R. Selzer relata un insólito episodio de su carrera. Un día, al entrar en una habitación, sorprendió a una mujer recientemente operada, con una navaja en la mano, el abdomen ya desgarrado y la mano hundida en su interior revolviendo los órganos. Curada de nuevo, fuera de peligro, la mujer interrogó al cirujano: «"¿Eso debe doler mucho, no? Quiero decir, si

fuese realmente mi cuerpo, me dolería. ¡Pero no siento nada en absoluto!" Y de golpe supe, comprendí lo que iba a buscar en el fondo de sí misma: su dolor.»[10]

El dolor evoca de manera vaga la presencia en el ser humano de una muerte que éste aprehende, y le recuerda la finitud de su condición. Es la marca de su contingencia. Sufrir es sentir la precariedad de la propia condición personal, en estado puro, sin poder movilizar otras defensas que las técnicas o las morales. No obstante, aunque parezca al hombre el acontecimiento más extraño, el más opuesto a su conciencia, aquel que junto a la muerte le parece el más irreductible, es sin embargo el signo de su humanidad. Abolir la facultad de sufrir sería abolir su condición humana. La fantasía de una supresión radical del dolor gracias a los progresos de la medicina es una imaginación de muerte, un sueño de omnipotencia que desemboca en la indiferencia a la vida. Dicho sueño acompaña al modelo mecánico del cuerpo humano que reduce a la persona a una serie de engranajes sustituibles que basta lubricar bien para suprimir su precariedad o muerte. Una imaginación tal implica la pérdida del placer, y por lo tanto del gusto de vivir, puesto que comporta la supresión de toda sensibilidad. Como lo demuestra la experiencia, la anestesia del dolor implica también la del placer. Al eliminar la sensibilidad al sufrimiento, también se insensibiliza el juego de los sentidos, se suspende la relación con el mundo. Si el dolor es una crueldad que el hombre tiene todo el derecho de combatir, el sueño de su eliminación de la condición humana es un cebo que encuentra

10. R. Selzer, *La chair et le couteau. Confessions d'un chirurgien*, Le Seuil, París, 1987, p. 151.

en la palabra que lo enuncia su único principio. El dolor no deja otra opción que reconciliarse con él. «Juzgándolo inevitable, y sabiendo practicar los medios de evitarlo, pero también aceptando eventualmente los límites de su eficacia —escribió Jeanne Russier—, no poseeríamos el arte de "vivir sin dolor", sino el de sufrir menos sufriendo mejor.»[11]

El dolor impone a la medicina un nuevo paradigma: el tránsito de una medicina del cuerpo a una medicina centrada en toda la masa identificatoria del ser humano. El vínculo social es un elemento determinante en la sensación del dolor, no se lo puede apartar del tratamiento sin privarse de un vector simbólico de gran importancia. Dicho elemento cristaliza en la relación con el médico, con el equipo sanitario, con el medio. La experiencia de los servicios de cuidados paliativos es decisiva en este sentido, y demuestra hasta qué punto el acompañamiento de enfermos terminales tiene un valor de atenuación o de supresión de un dolor que jamás es sólo «físico» sino que alcanza al ser humano en su totalidad. El reconocimiento del enfermo es una condición para la eficacia cabal de los tratamientos recibidos. El tratamiento del dolor impone también a la medicina el derrumbe de las torres de marfil. La comprobación de la multitud de datos que conciernen al dolor ha suscitado en el transcurso de la década de 1960 la creación de las primeras *pains clinics* (clínicas del dolor) en Estados Unidos, bajo los auspicios de J. Bonica. Su originalidad consiste en mezclar, en la aceptación de casos de pacientes afectados de dolores crónicos, a profesionales de disciplinas diversas, y asociar tratamientos somáticos y psi-

11. J. Russier, *La souffrance*, PUF, París, 1963, p. 121.

cológicos (apoyo o psicoterapia).[12] La búsqueda de la interacción y de puentes entre las diversas disciplinas caracteriza a las *pain clinics*. En un marco, siempre médico sin embargo (y muy desigual entre un establecimiento y otro), proponen la puesta en práctica de un voluntad de curar al ser humano en su singularidad sufriente.

«Puede predecirse, sin peligro, que la panacea contra el dolor nunca será descubierta. En vez de ello, el futuro del tratamiento del dolor parece estar en la utilización racional de tratamientos conjuntos múltiples», afirmaron Melzack y Wall.[13] Las numerosas representaciones del cuerpo, tales como aparecen en las diversas comunidades humanas o las diferentes medicinas de nuestras sociedades, atestiguan la multiplicidad de maneras de pensar y aliviar el dolor. La sagacidad del terapeuta consiste en aislar las susceptibles de ser aplicadas. La puesta en evidencia, a través de la antropología, de la estructura simbólica de la corporeidad humana no desemboca en una suerte de estética de la diferencia, también ilustra una ética: el reconocimiento de que la pluralidad cultural del cuerpo comporta una pluralidad de medicinas. Estas últimas son de aplicación desigual, no siempre tratan las mismas enfermedades, y por lo general no se alejan demasiado de su terruño social y ecológico. A la confusa geografía del litoral del dolor responde la profusión de las medicinas y de las demandas de los usuarios.

12. Acerca de la organización de estas clínicas cf. J. Bonica, «Organisation and fonction of a pain clinics», en J. Bonica, *Advances in Neurology*, vol. 4, Raven Press, Nueva York, 1974; cf. también I. Baszanger, «Douleur, travail médical et expérience de la maladie», *Sciences Sociales et Santé*, vol. VII, n.º 2, 1989.

13. R. Melzack y P. Wall, *op. cit.*, p. 236.

LOS USOS SOCIALES DEL DOLOR

Aprende a pensar con dolor.

MAURICE BLANCHOT,
L'Écriture du désastre

LA OFRENDA DE DOLOR

El dolor es una materia inagotable, fecunda, disponible para la invención del artesano que cree hacer de su cuerpo un receptáculo para ese empleo. Está a disposición del hombre que desea atestiguar su determinación o demostrar la intensidad de su fe. El efecto está garantizado socialmente y el místico no duda del interés de Dios por su acto. La adopción de ese camino exige una pasión poco común, y permite identificar el carácter bien templado de quien se atreve a emplear un medio semejante. El cuerpo a cuerpo deliberado con el dolor, cuando implica una voluntad y una resistencia infrecuentes, es, por el contrario, un medio al alcance del hombre más humilde. Si en principio toda persona huye instintivamente del dolor y no se complica la vida utilizándolo como prueba y prefiere medios menos radicales, cada uno puede exponerse a él a voluntad. Por

esa razón el designio de hacerle frente atestigua una excelencia nada común. Soportar el dolor en el propio ser es contradecir lo inaprensible, someter a la propia voluntad lo que aplasta al hombre corriente y lo deja sin más voz que el grito. Al controlar esa violencia y modelarla con devoción en el interior de sí mismo, el ser humano se subordina al dolor en lugar de someterse a él. Para los demás no hay ninguna prueba más significativa que atestigüe su determinación, y sobre todo no la hay para Dios. Si para el judío o el protestante el dolor no está dotado de virtud particular alguna, para el hindú, y hasta para el musulmán, es un medio de ejercitar el cuerpo y de someterlo a la voluntad. En cambio, para el cristiano encarna la paradoja de darse como una prueba de amor.

La tradición cristiana ha dado sobre todo un significado eminente al dolor libremente consentido como martirio o modo de existencia. Las Epístolas de san Pablo convierten el sufrimiento en elección. Del escándalo que manchaba la condición humana, o justo castigo por las faltas cometidas, se ha pasado a verlo como una oportunidad de salvación. Ya lo hemos visto en los males que aquejan al hombre en forma de enfermedades o incidentes de la existencia. Pero el dolor también es el objeto de una reivindicación, de una espera alegre, al menos para numerosos cristianos perseguidos que vieron en él una prueba espiritual, la ocasión de un examen de conciencia ante la mirada de Dios. El cristianismo invirtió los valores. La desgracia o el dolor son sin duda el desamparo de los pobres o de los oprimidos, pero también el objeto de elección de los importantes, o de los santos, quienes, teniendo los medios para otra condición, deciden instalarse en la miseria o el dolor

como en un reino. La Pasión de Jesucristo erige el dolor en sacrificio consentido para la providencia de la humanidad pecadora. La oferta de dolor de Cristo ha borrado la mancha del Pecado original. Pero ese don paradójico ha vuelto al hombre deudor de su salvación, sin otra salida que la adopción de un camino semejante para satisfacer esa deuda infinita. El cristianismo ha hecho del dolor, históricamente, un goce, un camino privilegiado de entrada en la vida eterna. La existencia de numerosos cristianos, santificados por la Iglesia, abunda en pruebas, penitencias, torturas y mortificaciones. Unas son impuestas por circunstancias sociales y políticas haciendo de ellos mártires, las otras son elegidas deliberadamente para acercarse a la Pasión de Cristo. Todas atestiguan una fe que no teme radicalizar su objeto.

El martirio ofrece una posibilidad de seguir el camino de Cristo por la imitación de los dolores y el sacrificio último de sí en nombre de la fe. Enfrentado a la intolerancia del Imperio romano durante varios siglos, el cristianismo naciente fue sobre todo el de sus mártires, quienes en gran número murieron en el entusiasmo y la certeza de la salvación. San Pedro, evocando esas persecuciones, tranquiliza a sus compañeros: «Puesto que Cristo padeció en la carne, armaos también del mismo pensamiento, de que quien padeció en la carne ha roto con el pecado» (I. Pedro, 4: 1). Y antes dice: «¿Y quién os hará mal si fueres celosos promovedores del bien? Y si, con todo, padeciereis por la justicia, bienaventurados vosotros. No los temáis ni os turbéis, antes glorificad en vuestros corazones a Cristo Señor y estad siempre prontos para dar razón de vuestra esperanza...» (I. Pedro, 3: 13-15). La represión romana

placía a los cristianos, puesto que los acercaba a Dios cuando daban pruebas de su fe inquebrantable.

En 107 san Ignacio fue arrestado por los romanos. Contra la voluntad de aquél, los ricos e influyentes cristianos de Roma emprendieron diligencias con vistas a su liberación. Una carta del obispo de Antioquía suplicó a la Iglesia romana que no intercediera en su favor para evitarle un martirio que Ignacio deseaba con todo su fervor. Semejante posibilidad de salvación se vería truncada por una insistencia fuera de lugar. «Es vuestra caridad lo que temo —escribió san Ignacio—, vosotros no tenéis nada que temer; yo pierdo a Dios si vosotros conseguís salvarme. No quiero que busquéis complacer a los hombres, sino que perseveréis en complacer a Dios. Nunca volveré a encontrar una ocasión como ésta de reunirme con Él; y vosotros nunca haréis mejor obra que absteneros de intervenir [...] Dejadme ser el alimento de las fieras, por las cuales me será dado gozar de Dios. Soy el trigo de Dios: es necesario que sea molido por las dentaduras de las fieras para que sea puro pan de Cristo. Acariciadlas más bien, para que sean mi tumba, para que no dejen subsistir nada de mi cuerpo y que mis funerales no estén a cargo de nadie [...] Espero encontrarlas bien dispuestas; las acariciaré, para que me devoren sobre el campo, y no hagan como con algunos a quienes han temido tocar. Si ponen mala voluntad, las forzaré.» Pasión del dolor, exquisita espera del suplicio que conduce a san Ignacio a precisar, además: «Fuego y cruz, manadas de fieras, dislocación de los huesos, mutilación de los miembros, trituración del cuerpo entero, que todos los suplicios del demonio caigan sobre mí, con tal que yo goce de Jesucristo [...] Quiero estar con Dios, no pongáis el mundo entre Él y yo.» El voto de Ignacio fue escuchado, y finalmente lo entregaron a las fieras. Su testimonio es célebre. Pero hay muchos otros que abundan en el mismo sentido. «¿De dónde viene la dicha de que sea juzgado digno de ser ofrecido junto a mis hijos como hostia a Dios?», responde Sinforosa con orgullo a las amenazas de Adriano. Águeda declara a sus verdugos: «En estos suplicios, mi delectación es la de un hombre que se entera de una buena noticia, o la de quien ve a una persona esperada durante mucho tiempo, o la de quien ha descubierto grandes tesoros. El trigo no puede estar encerrado en el granero sino después de haber sido fuertemente golpeado, para ser separado de la paja; asimismo, mi alma no puede entrar en el paraíso con la palma del martirio sin que mi cuerpo haya sido desgarrado con violencia por los verdugos.»[1]

La suma de dolores, el espanto de los suplicios, el terror de las fieras que se acercan a desgarrar la carne, son otras tantas prendas de grandeza. Los mártires cambian a un alto precio una vida efímera y sufriente por una vida eterna junto a Dios. La tortura sufrida es el camino más corto hacia el paraíso. La virgen Apolonia escapa de las manos de sus verdugos y se arroja ella misma en el brasero con que se la amenazaba. «Ella era libre de salvaguardarse —escribió Jacobo de Vorágine—, pero sin combate no podía adquirir gloria.»[2] Al prefecto que la interrogaba y exhortaba a renunciar a su fe, san Justino replicó: «Espero recibir la recompensa destinada a quienes guardan los mandamientos de Cristo, si sufro los suplicios que me anuncias. Puesto que sé que quienes hayan vivido así conservarán el fa-

1. J. de Vorágine, *La leyenda dorada*.
2. J. de Vorágine, *op. cit.*

vor de Dios hasta la consumación de los siglos.»[3] Ya se ha visto en la carta de san Ignacio ese loco deseo de dolor como garantía de sinceridad y como medio de adquirir méritos ante Dios. La propia espera del sufrimiento participa de la misma lógica. San Cipriano consuela a los cristianos encarcelados e impacientes de martirio, diciéndoles: «Al respirar ya un aire celestial, vosotros ascendéis cada vez más alto. Incluso con vuestro sufrimiento en suspenso y el largo plazo no perdéis vuestro tiempo porque veis crecer vuestra gloria [...] Quien sufre una vez conquista una vez, pero aquel que, luchando sin cesar contra los castigos no es vencido por el sufrimiento, es coronado todos los días.» Lejos de espantarse por el dolor prometido, los cristianos de los primeros tiempos se alegraban de su suerte, de la posibilidad de alcanzar con rapidez un lugar junto al Creador. De ciudad en ciudad, los discípulos cantan las alabanzas de los mártires y mantienen su prestigio. Los rumores de gloria prometidos de ese modo refuerzan el valor de los perseguidos, seguros de perdurar en la memoria de sus compañeros, ofrecen un modelo envidiable a quienes se encuentran a su vez encarcelados y muy pronto sometidos a las mismas angustias.

No obstante, los relatos cristianos abundan en milagros que vienen a interrumpir las torturas: los fuegos se apagan al contacto con la piel del mártir, las piedras que deben aplastar los cuerpos se transforman en arena, los ángeles arrancan a la víctima de las manos de los verdugos o alimentan prisioneros privados de pan y de agua, las fieras que debían devorar a las vírgenes se muestran dulces como corderos, etc. Pero la paradoja

3. J. de Vorágine, *op. cit.*

consiste en la metamorfosis del dolor en gozo, cuando, en rigor, el objeto de la búsqueda debía ser el sufrimiento. Al padecer físicamente la Pasión, Jesucristo afirma su humanidad, ofrece la prueba de su amor hacia los seres humanos. Ninguna sublimación opera para volver agradable su pena; por el contrario, se conoce su angustia en el huerto de los olivos o su dolor en la cruz. La amplitud del sacrificio consentido, sin milagro alguno que venga para aliviar la prueba, da la medida de la deuda contraída por los seres humanos con él. Pero para ciertos mártires o místicos, la gracia de Dios, el poder de la fe, alejan el aguijón, y en el propio centro del suplicio suscitan el sentimiento de no haber estado jamás en un festín semejante. San Lorenzo, a quien se le presentan los instrumentos de su inminente tortura si no abjura de su fe, exclama: «¡Desgraciado! Éstos son los alimentos que he deseado siempre.» Acostado sobre una parrilla con un lecho de brasas debajo, san Lorenzo se burla de su verdugo: «Sabe, miserable, que tus brasas son refrescantes para mí, pero que para ti serán un suplicio en la eternidad [...] Eh, miserable, mira, has asado un lado, da vuelta el otro y come»,[4] concluye. Acerca de san Gordiano y santa Dorotea, J. de Vorágine dice que soportaban los «tormentos con gran alegría, se los asó en una parrilla donde parecía que estaban acostados como sobre un lecho de flores, sin experimentar el menor sufrimiento». San Cipriano y santa Justina arrojados a un caldero lleno de cera, pez y grasa ardientes, conocieron allí «un auténtico enfriamiento», y no sintieron dolor alguno. Los ejemplos de este orden

4. Citado en Paul Allard, *Histoire des persecutions pendant les deux premiers siècles*, París, 1911, p. 395.

abundan. Un sermón de san Bernardo ofrece una explicación del tema: «¿Dónde está entonces el alma del valiente? Está en seguridad, porque está en las entrañas de Jesús. Si estuviese en las suyas propias y las revisara con la mirada, sentiría el hierro que las atraviesa, el dolor se le volvería intolerable, sucumbiría o la rechazaría. Pero no nos asombremos si voluntariamente salida de su cuerpo, ya no siente más los dolores: la sensibilidad en él no está aniquilada, sólo está vencida, y eso que la había transformado no es el estupor, es el amor» (Sermón 61). La fe deconstruye el sufrimiento y lo vuelve deseable, fuente de gozo. Al analizar la leyenda cristiana, Michel Zink observa «que la vida de santo debe manifestar al mismo tiempo, de manera casi contradictoria, que la firmeza en la fe hace insensible al sufrimiento y que la aceptación del sufrimiento es el signo de la fe; que Dios protege del peligro y del sufrimiento a quien se confía a él, pero que sin embargo, para terminar, autoriza el testimonio del mártir».[5]

La santidad suele comportar un itinerario libremente consentido por un camino de dolor que conduce a la proximidad de Dios. «Ahora me alegro de mis padecimientos por vosotros y suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo [...]», dice san Pablo en la Primera Epístola a los Colosenses (Col. 1: 24). El dolor no es un fin en sí mismo, sin embargo, un valor intrínseco cuya sola búsqueda aseguraría la salvación, puesto que en tal caso se trataría de una complacencia enfermiza y culpable. Vale por el uso final al que se tiende, no es una insaciable sed de mortificación, un pozo sin fondo que

5. M Zink, «La angoisse du héros et la douleur du saint...», en *Les Cahiers de Varsovie*, La souffrance au Moyen Âge (France, XII-XVème siècle), Varsovia, 1988, p. 87.

las generaciones buscarían llenar con su pena para un Dios incapaz de saciarse. El texto paulino es claro en tal sentido: «[...] vosotros, otro tiempo extraños y enemigos en el pensamiento por las malas obras, pero ahora os ha reconciliado en el cuerpo de su carne por su muerte, para presentaros santos, inmaculados e irreprensibles delante de Él [...]» (Col. 1: 21-22). Los sufrimientos de Jesucristo respondieron al pecado de los seres humanos, la deuda no es más que una suma inagotable de dolores. En principio, el creyente está libre de toda deuda heredada del Pecado original.

Pero con las primeras cruzadas la piedad inicia un retorno sobre la humanidad sufriente de Jesús.[6] La preocupación por el enfermo adquiere impulso, y se organizan los primeros hospitales. Sostenido por los sermones de los predicadores, las representaciones de los fieles en las escenas de la imitación de Jesucristo, la sensibilidad cristiana insiste otra vez acerca de una deuda aplastante que empuja a la humanidad a la demostración radiante de la fe mediante el empleo ritualizado de un dolor siempre redentor. G. Duby subraya la difusión, en el primer cuarto del siglo XV, de las imágenes de La Piedad y de Cristo como «varón doloroso. En los monasterios, los monjes en busca de humillación se imponían el trabajo manual, aunque en la época éste fuera sinónimo de servidumbre («dolor» y «labor» son vocablos vecinos en aquel período). El trabajo no tiene valor litúrgico en sí mismo, se lo prescribe porque favorece la servidumbre de la carne, aleja la concupiscencia a causa de la fatiga y favorece la meditación. La búsqueda del

6. G. Duby, «Reflexions sur la douleur physique au Moyen Âge», en *Les Cahiers de Varsovie*, *op. cit.*, pp. 18-19.

dolor adquiere un significado simbólico que durante varios siglos no sería contestado. El régimen monástico se endureció. La elección del dolor como forma de devoción marcaría la intensidad de la fe, el excepcional fervor de un ser humano que cree atestiguar su amor a Dios. Transmutado en ofrenda a Dios, el dolor consentido es una forma oblicua de plegaria, la búsqueda de la unión erigida en principio de existencia. Las mortificaciones son diversas: castidad, privaciones, ayunos, etc., renunciamientos, suspensiones del deseo, castigo y servidumbre de la carne. Pero a veces alcanzan el autosacrificio por la exposición cotidiana a un dolor deliberado, alimentado sin cesar por la virtud religiosa y la voluntad de experimentar lo más cerca que se pueda el sufrimiento de la Pasión. Las mortificaciones efectivas suman sus aguijones a la disciplina diaria para los místicos o los monjes: brazaletes de hierro en torno a la garganta, cadenas en la cintura, cilicios o cinturones de crin, flagelaciones periódicas, etc. El dolor valorado de esa manera suele remitir a la austeridad, a la crueldad para consigo mismo, a la tristeza de una vida siempre castigada en la espera de la transfiguración final del paraíso.

Sin embargo, como se ha visto con los mártires, numerosos episodios de la hagiografía cristiana recuerdan la conversión del dolor en éxtasis en ciertos fieles particularmente meritorios. El fenómeno es un signo de la manifestación de Dios, que, al responder a su voto más apasionado, los toca y enfrenta con lo inefable, que ya no remite a un sufrimiento imposible de decir, sino a un goce pleno de Dios que desborda las posibilidades de la lengua y del cuerpo. Con una ambigüedad que no pasó inadvertida a Bernini, santa Teresa de Ávila relata la experiencia de la transverberación: «vi a un ángel cabe mí

hacia el lado izquierdo en forma corporal; lo que no suelo ver sino por maravilla. Aunque muchas veces se me presentan ángeles, es sin verlos, sino como la visión pasada que dije primero. Esta visión quiso el Señor le viese ansí: no era grande, sino pequeño, hermoso mucho, el rostro encendido que parecía de los ángeles muy subidos que parecen todos se abrasan (deven ser los que llaman cherubines, que los nombres no me los dicen; mas bien veo yo que en el cielo hay tan diferencia de unos ángeles a otros, y de otros a otros, que no lo sabría decir). Víale en las manos un dardo de oro largo, y al fin de el hierro me parecía tener un poco de fuego; éste me parecía meter por el corazón algunas veces y que me llegava a las entrañas. Al sacarle, me parecía las llevava consigo, y me dejava toda abrasada en amor grande de Dios. Era tan grande el dolor que me hacía dar aquellos quejidos, y tan excesiva la suavidad que me pone este grandísimo dolor, que no hay que desear que se quite, ni se contenta el alma con menos que Dios».[7] Tanquerey explica hasta qué punto las prácticas corrientes de mortificación son una fuente de goce. «Volvamos a nuestras mortificaciones corporales, castiguemos nuestra carne, hagamos correr algunas gotas de nuestra sangre y seremos felices como nunca. Si el espíritu de los santos respira gozo, si los monjes y las religiosas son criaturas animadas de una alegría franca que el mundo no se explica, es sólo porque sus cuerpos, como el de san Pablo, están castigados y sometidos con una inflexible severidad.»[8] La imitación

7. Santa Teresa de Jesús, *Libro de la vida*, capítulo 29.

8. F. W. Faber, *Saint sacrement*, vol. 1, pp. 228-229, citado en A. Tanquerey, *Précis de théologie ascétique et mystique*, París, 1946, p. 501. Otro ejemplo tomado de una abundante literatura: en un texto destinado a las hermanas de San Vicente de Paúl se recomienda «que ali-

de Jesús comporta la elección animosa de una vida mortificada.

Más allá de las prácticas penitenciales, los ejercicios de san Ignacio de Loyola están jalonados por una serie de etapas que animan al fiel a una identificación imaginaria con el sufrimiento de Cristo en la Pasión. «Considerar lo que Christo Nuestro Señor padesce en la humanidad o quiere padescer, según el paso [de la Pasión] que se contempla; y aquí comenzar con mucha fuerza y esforzarme a doler, tristar y llorar.» Y luego: «Demandar lo que quiero, lo qual es propio de demandar en la passión, dolor con Christo doloroso, quebranto con Christo quebrantado, lágrimas, pena interna de tanta pena que Christo passó por mí.»[9] No evocaremos la larga serie, tan conocida, de las mortificaciones buscadas por numerosos místicos. Baste recordar una famosa frase de santa Teresa de Ávila: «De ahora en adelante sólo los sufrimientos pueden volverme la vida soportable. Sufrir, he ahí hacia donde tienden mis mejores votos. Cuántas veces, en lo más íntimo de mi alma, elevo este grito hacia Dios: Señor, sufrir o morir es lo único que os pido.»[10] Si el sufrimiento de Cristo ha salvado al mundo, seguir su camino, llevar la cruz con él, atestigua la fe. «Y si estimamos en su justo valor nuestra alma y las almas de nuestros hermanos —escribió Tanquerey—, ¿acaso no vale la pena soportar algunos sufrimientos pasajeros para una gloria que no tendrá final, y para cooperar con Nuestro Señor en la salvación de esas almas por las cuales ha vertido hasta la última gota de su sangre?»[11] La estigmatización de san Francisco, en el primer cuarto del siglo XIII, ofreció a los cristianos más fervientes un modelo ejemplar para acercarse a los sufrimientos originales de Cristo. H. Thurston observa que la experiencia de Francisco de Asís no está precedida por ningún caso del mismo género. Pero de inmediato, tan pronto como se conoció, aparecieron los estigmas en otros fieles. «A partir del momento en que los contemplativos comprendieron que era posible conformarse físicamente a los sufrimientos de Cristo llevando las marcas de sus heridas en manos, pies y costado, entonces la idea de esta forma de unión con el Señor se implantó en el espíritu de muchos fieles. De hecho, se convirtió en una obsesión piadosa: tanto más por cuanto en algunos individuos de una excepcional sensibilidad, la

mentemos hacia nuestro cuerpo un odio santo e implacable negándole las satisfacciones que pide, usando contra él, según nuestras fuerzas, de esa severidad que nos permiten nuestros reglamentos y los directores de nuestra conciencia». O por último: «Quienes aprecian y aman la mortificación buscan cuidadosamente los medios de mortificarse; aprenden las prácticas con alegría; obtienen placer empeñándose en la imitación de los santos... Están encantados de encontrar ocasiones de sufrir y hacerse violencia.» Estos dos extractos citados en Odile Arnold, *Le corps et l'âme. La vie des religieuses au XIXème siècle,* Le Seuil, París, pp. 135-136.

9. San Ignacio de Loyola, *ejercicios espirituales.*

10. Recordemos a los anacoretas de los desiertos de Egipto y Siria, quienes en el siglo IV, de acuerdo con el modelo de Antonio o de Pacomio, consagran cada instante de su existencia a la meditación de su cuerpo para volverse más dignos del Reino: se hunden en las grutas o los sepulcros, se instalan en lo alto de una columna y permanecen allí hasta su muerte; otros eligen como domicilio troncos de árboles llenos de espinas o celdas minúsculas donde no pueden permanecer de pie ni acostados; las mortificaciones abundan, ya a través del renunciamiento (ayunos, beber agua acuclillado, etc.) o la búsqueda del dolor físico (llevar pesadas cadenas, rodearse de espinas, etc.); cf. Jacques Lacarrière, *Les hommes ivres de Dieu*, Fayard, París, 1975.

11. A. Tanquerey, *op. cit.*, p. 494.

idea concebida en el espíritu se había realizado en la carne.»[12]

Hay un orgullo soberano, claro está, en querer rebajarse, humillarse, distinguirse ante la mirada de Dios, despellejarse para atestiguar la quemadura del amor hacia Jesucristo. El afán de emulación es una tentación combatida por los dignatarios de la Iglesia que recuerdan a los fieles la humildad, imponiéndoles la discreción. Numerosos místicos tocados por los estigmas sufren por su modestia y piden a Dios compartir las llagas de Jesús en manos y pies sin que haya manifestaciones visibles, como las hemorragias, que atraigan la atención hacia sus personas. La mayoría de ellos son agraciados, salvo por la herida del pecho, que tapa la ropa. El asceta está en la búsqueda de la satisfacción de su deuda con Jesús, mientras Dios proporciona los medios en la abundancia de sus dolores o privaciones. Se distingue, reivindica su buena fe y acumula un crédito para la eternidad. Inmerso de esa manera, Dios debe antropológica (si no teológicamente) prodigar su benevolencia sobre aquel con el que está en deuda.

En la ofrenda de dolor confluyen dos motivaciones: el perfeccionamiento moral y la búsqueda de la salvación. La identificación con Cristo crucificado comporta el recurso a la mortificación permanente de la carne. Ésta purifica al creyente de sus pecados y persigue aislar todo placer propuesto por la vida presente, eventual fuente de pecado, malos pensamientos, digresiones indeseables para una conciencia por entero comprometida en su salvación y habitada por la sola presencia de

12. H. Thurston, *Les phénomènes physiques du mysticisme*, Le Rocher, París, p. 152.

Dios. «Tenemos miedo del sufrimiento —escribió un teólogo católico—, pero pensemos en esos sufrimientos terribles del Purgatorio que tendremos que sufrir durante muchos años si queremos vivir sin mortificación y concedernos todos los placeres que nos satisfacen.»[13]

Renunciación a uno mismo, disciplina penitencial, lucha contra la tentación, con el objeto de vivir a la sombra del dolor de Jesucristo, en una existencia depurada de todo cuanto no sea devoción a Dios. La renuncia a los bienes de este mundo prepara para acoger los bienes espirituales, afina la personalidad y la vuelve más adecuada para ganar el reino de Dios. El hombre es una especie de borrador espiritual que el dolor corrige para volverlo digno de salvación. Las mortificaciones apuntan a convertir el cuerpo del asceta en un celoso siervo de la fe, en una prueba de que la carne, lugar del pecado, se ha convertido en lugar de alianza a través del renunciamiento y el dolor. El cuerpo, transformado en dócil instrumento del alma, debe ser espiritualizado mediante el trabajo metódico de la mortificación. Durante mucho tiempo el cristianismo ha desarraigado al dolor de sus angustias, glorificándolo como unión con Cristo. Lejos de traducir, de acuerdo con un juicio normativo y moderno, una negación del cuerpo, este empleo exalta una dimensión de la carne a través del sufrimiento deliberadamente elegido, lo hace el lugar eminente de la participación en la crucifixión. Es un canto de dolor en alabanza de Cristo.

Ya se ha visto que la progresión de los medicamentos analgésicos ha modificado de manera radical la relación del hombre occidental, y sobre todo del cristia-

13. A. Tanqueray, *op. cit.*, p. 492.

no, con el dolor. Inexorable a causa de las persecuciones o de las difíciles condiciones de existencia, es una prueba que conduce tras los pasos de Jesucristo, es una posibilidad de transformación personal. Pero desde el momento en que se operó la integración social de la religión, y la medicina hizo posible el alivio o la disminución de la pena, la perseverancia y la delectación en el sufrimiento es sospechosa. Ya apenas atrae. La teología cierra un capítulo de su historia y abre otro. «Lo que redime o libera —escribió Xavier Thévenot— no es el sufrimiento de Jesús en sí mismo, es que "en medio de su sufrimiento ha sabido mantenerse un hombre plenamente creyente, esperando, amando".»[14] El fervor religioso tiene en adelante lo que en el pasado encontraba en la mortificación. La mirada cambia y se detiene menos en lo literal del sufrimiento de Jesucristo en la cruz que en su significado simbólico: el sacrificio por el amor a la humanidad. El fiel se aleja de las heridas abiertas o las mortificaciones: en la satisfacción de la deuda, la ofrenda de amor reemplaza a la ofrenda de dolor.

EL DOLOR PARA EXISTIR

Fuera de toda vocación religiosa, ciertos individuos conducen su existencia por un constante camino de dolor que ninguna circunstancia consigue eliminar. Esta predisposición afecta a ciertos tipos de personalidad y colorea ciertas trayectorias vitales. Una culpabilidad soterrada alimenta una predisposición a sufrir que surge una y otra vez, y permite al individuo existir.

14. Xavier Thévenot, *Souffrance, bonheur, éthique*, Salvator, París, 1990.

Otras, son herederas de una relación particular con una madre poco comunicativa, de modo que el dolor es para el niño el último recurso para atraer su atención. «Tales como esos pacientes que, tan pronto como se tumban en el diván, desgranan una letanía de quejas hipocondríacas, o comienzan a sentir con gran agudeza todo una serie de dolores corporales. Revestirse de un dolor real es, en última instancia, una tentativa de recuperar el afecto no recibido de la madre o los íntimos.»[15] Por medio de la compasión o la culpabilidad que siempre induce en el otro, el dolor es un medio seguro para estar acompañado, compadecido, amado, y sobre todo reconocido en el estatuto particular que el mismo dolor ofrece. Ciertos individuos, al sufrir, como puede decirse de un aparato en *stand-by*, engañan su falta de ser, su sentimiento de ser mal amados, de estar mal integrados en su medio, mediante un dolor recurrente que les impide vivir, pero que les concede el beneficio secundario de recibir tratamiento y atención. Los estudios realizados muestran la frecuencia de padres violentos en enfermos aquejados de dolores crónicos. La queja posee entonces el terrible significado de un eje identificatorio que permite mantener el propio lugar en el mundo.

El significado íntimo del dolor pasa por las tortuosidades y la ambivalencia que definen la relación del individuo con el mundo. La complacencia somática evocada por Freud es la consecuencia de la pregnancia simbólica que marca la salud corporal. Sin saberlo, el hombre genera a veces una profusión de sufrimiento sin la cual le sería imposible existir: para colmar una

15. D. Anzieu, *Le moi-peau*, Dunod, París, 1985, p. 204.

deuda infinita de la infancia u otra época, o mantener su lugar en el seno de un sistema relacional donde el dolor es la moneda de cambio. Entonces, el dolor es una prenda de autenticidad, signo de la sinceridad exhibida antes los demás y ante sí mismo. Se erige como un mecanismo que permite mantenerse sobre el filo de una vida inestable y amenazada. El dolor evita la caída y se ofrece como un escudo invencible contra los azares de la existencia. «Sufro, por lo tanto existo», podría ser el lema de esos *pain-prone patients* (pacientes propensos al dolor) que son apenas la sombra andante de su dolor. Esos pacientes nunca son aliviados realmente, o curados, a pesar de los esfuerzos que realizan los terapeutas, a quienes nunca dejan de dirigirse. El descubrimiento de una lesión y los tratamientos aportados introducen sólo una tregua, pero la recaída no tarda, o el accidente, que traslada a otro sitio un sufrimiento necesario. A veces no se descubre lesión alguna, pero está claro que el individuo está obstaculizado por enfermedades crónicas o repetidas que le impiden llevar una vida feliz. Su existencia se parece a un calvario, imagen tanto más justificada aquí por cuanto el castigo y la redención están simultáneamente presentes en aquello que obstaculiza la alegría de vivir.

Coincidentia oppositorum: al colmar provisionalmente la carencia, el tormento experimentado permite seguir viviendo. Jean Guillaumin, en un estudio acerca de la «necesidad de traumatismo» de ciertos jóvenes en trance de constituirse una identidad, observa la «utilización por el sujeto vivo, en lo más profundo de su deseo de vivir, de un poder de volver en favor suyo lo que puede ser el masoquismo primario, según Freud, para buscar "voluntariamente" ante su propio sufrimiento

con el objeto de existir».[16] El dolor es entonces una metáfora que cristaliza en la carne la parte adversa de la existencia. Empleado como un castigo que aísla herméticamente una culpabilidad más o menos consciente, medio último para restaurar un amor desfalleciente o retener al otro que amenaza recuperar su libertad, con frecuencia se da en un cuadro personal de fracasos reiterados. El individuo muestra el rostro afligido de una vida que parece presidida por una mala estrella, pero que de hecho nunca aprovechó las ocasiones para escapar de tales circunstancias. O bien muestra una formidable propensión a recaer. Si la suerte a menudo obedece a una voluntad individual, la desdicha encuentra en sus víctimas a sus mejores artesanos. G. L. Engel dedicó un estudio clásico a esos pacientes amargados, depresivos, quienes con regularidad aportan al facultativo quejas que no apacigua tratamiento alguno. Parecen consagrados a un constante infortunio. De hecho, ellos mismos se sumen en el acontecimiento penoso, o no hacen nada para evitarlo, a pesar de los muchos consejos de sus allegados. Construyen sin descanso las condiciones de la fatalidad que se abate sobre ellos y arruina sus esfuerzos para salir de ella. «Se hunden en situaciones o se someten a relaciones donde son heridos, golpeados, destrozados, humillados y, para nuestra sorpresa, no aprenden nada de tales experiencias. Ésas no son consecuencias del dolor, puesto que comprobamos con asiduidad que en los peores momentos de su existencia tienen buena salud y están libres de todo dolor. Si las cosas mejoran, o el éxito es

16. J. Guillaumin, «Besoin de traumatisme à l'adolescence», *Adolescence*, vol. 3, n.º 1, 1985, p. 136.

inminente, entonces, paradójicamente, se desarrolla un síntoma doloroso.»[17]

Su existencia está regida por un movimiento pendular. Los momentos en que están libres de todo sufrimiento son aquellos en que las circunstancias no son buenas. Las malas relaciones con su familia o cónyuge, con sus colegas, o simplemente series de episodios desgraciados, borran sus dolores físicos. Esos individuos, inmersos en una amargura cotidiana, viven dramáticamente un éxito inesperado o el desenlace propicio de una situación penosa. Un accidente o una súbita enfermedad, la irrupción de un dolor rebelde, llegan oportunamente para privarlos de un placer que perciben como una temible amenaza para su sentimiento de identidad, inconcebible sin la cotidiana frecuentación de la desdicha. La distancia entre las terroríficas descripciones de sus percepciones dolorosas y la apariencia de buena salud a veces es grande. Hablan quejumbrosamente de sus males, pero inspiran el sentimiento de una fuerza que permanece intacta a pesar de las pruebas. Algunos dan la impresión de experimentar «un placer secreto en su dolor, mientras que otros parecen perseguidos por él», escribió G. L. Engel. El examen de sus itinerarios médicos muestra una sucesión de enfermedades y de operaciones, de heridas y de tratamientos, mientras que su historia personal es un desfile de fracasos y de frustraciones. Esos pacientes a veces están ante el médico buscándose un dolor suplementario y multiplican las intervenciones quirúrgicas o los exámenes penosos. La complacencia del médico en responder

17. G. L. Engel, «*Psychogenic* pain and the pain-prone patient», *American Journal of Medicine*, n.º 26, 1959, p. 905.

a la demanda sin interrogarlo alimenta su complacencia somática.[18] La única salida de este círculo infernal que condiciona la existencia de estos pacientes consiste en una ruptura de su relación con el mundo inducida por la lucidez acerca de su estado. La psicoterapia es un posible camino de comprensión de este engranaje.

El dolor se impone sin que los *pain-prone patients* lo sepan, es el regalo envenenado de una relación inconsciente con su historia personal, y el mecanismo que los retiene en el filo de la vida. Sin el dolor sus existencias no resultarían posibles, son los juguetes de un conflicto no resuelto que les impide vivir de otra manera. Aunque el dolor se vuelva contra el doliente, también es un instrumento de control del otro. La extorsión con el sufrimiento es la temible arma de aquellos desprovistos de cualquier otro medio para hacerse oír. También es un arma política, como lo demuestran las huelgas de hambre, o esos detenidos que se cortan un dedo, tragan cuchillos o tenedores, para recordar su existencia a una administración indiferente. El demandante apuesta sobre el valor absoluto de la existencia de todo hombre en una sociedad democrática. Es motivo de poder en la pareja cuando uno demuestra hasta qué punto la conducta del otro tiene un efecto devastador sobre su salud o su relación con el mundo. En tales circunstancias, la enfermedad o las secuelas de un

18. L. Chertok evoca el caso de un hombre que declaró haber hecho una carrera de enfermo «como otros ascienden al Himalaya o atraviesan el océano en solitario». Dicho paciente, seguido desde hacía quince años, ya había sufrido una veintena de intervenciones quirúrgicas, exámenes de toda clase, a los que luego se sumarían los tratamientos para los dolores y los movimientos abdominales y torácicos anormales; cf. L. Chertok, «De la manie chirurgicale (les polyopérés)», *Annales Médico-psychologiques*, París, 1972, vol. 2, n.º 4, pp. 491-506.

accidente pueden atizar una culpabilidad que restituye a la persona sufriente la soberanía perdida o en decadencia. El sufrimiento tiene valor de don inadmisible que obliga al otro en una deuda infinita. El dolor ata las manos de aquel o aquella que busca liberarse de una relación gravosa. Ciertas relaciones de pareja, o de madre a hijo (la inversa es más infrecuente) ponen en evidencia relaciones perversas de este género. La madre controla así los hechos y los gestos de un hijo (más raramente de una hija) con la amenaza de dolor que le valdría el menor traspié que cometiera. Infligir un dolor, incluso sin haberlo querido, comporta el sentimiento de una falta, de una culpabilidad que endeuda, obliga a una reparación. Y el otro, por no haber encontrado otro medio, lo emplea con habilidad, como un modo de gobierno.

El lugar del dolor es variable, depende de las historias personales. El momento presente reaviva males antiguos, curados, pero cuyo recuerdo perdura en el corazón del individuo. Sobre un dolor actual rebotan penas pasadas que acentúan el sufrimiento presente de un modo penoso y duradero; las identificaciones con los allegados desembocan en copias de síntomas. Joyce Mac Dougall recuerda el caso de un paciente a quien la imposibilidad de establecer un espacio neutral entre él y los demás «conducía a evitar ser testigo del dolor tanto físico como psíquico de los otros. Porque el dolor del otro se convertía inmediatamente en dolor suyo».[19] Esta permeabilidad de la persona a los demás es un fenómeno frecuente en las facultades de medicina, donde a veces los estudiantes experimentan (o creen haber experimentado) los síntomas que sus profesores les describen como fenómenos patológicos.[20] Estas «contaminaciones» nacen también de una fuerte relación afectiva interrumpida por la muerte. La apropiación de las formas del dolor terminal de la persona amada es una manera simbólica de negar la pérdida interiorizando un signo fuerte de los últimos momentos de la relación (tomando simbólicamente sobre sí la culpabilidad relacionada con dicha pérdida). Esta copia del otro suele crear una anatomía imaginaria que el sufrimiento vuelve provisionalmente real. Todo ocurre como si el individuo poseyera una memoria física del dolor del otro, afectivamente importante para él. O como si guardara en reserva episodios de sufrimientos enquistados en su historia y listos para servir en la ocasión. Él ordena la reminiscencia para metaforizar un sufrimiento de otro orden, mantener una relación que amenaza romperse (o ya está rota por la muerte) o para acercarse al otro hasta la confusión de los síntomas. O incluso para castigarse por encontrar finalmente la libertad después de la muerte de un padre asfixiante. La metamorfosis del cuerpo como pantalla de proyección crea sufrimientos en lugares significativos. El individuo ignora la búsqueda proseguida pero se acomoda más o menos a ella.

En este contexto particular, el dolor protege al individuo de contenidos inconscientes que si surgieran de manera súbita lo destruirían; y fija afectos que permiten mantener el sentimiento de identidad. Lejos de ser

19. J. Mac Dougall, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Gallimard, París, 1978, p. 198.

20. S. M. Woods, «Medical student's disease: hypochondriasis in medical education», *Journal of Medical Education*, n.º 41, 1966, pp. 785-790.

destructivo o anunciar una lesión, asegura una función de salvaguarda del individuo. La existencia resulta invalidada, ciertamente, pero tal es el rescate a pagar para frenar lo peor. El dolor es simplemente lo que se echa al fuego del altar votivo, aquello cuya pérdida hay que aceptar para seguir existiendo. El dolor es una forma inconsciente del sacrificio.

El dolor educador

El dolor infligido al individuo desprotegido es un medio de gobierno del otro, de dominio sobre su comportamiento, si no sobre su conciencia. La asociación del dolor y la falta se vuelve aquí una caricatura. Toda transgresión del código moral implica, por parte de los representantes de la ley, el reparto de un dolor dosificado, en principio, de acuerdo con la importancia de la falta cometida. El dolor administrado es castigo, marca en la carne el defecto moral o que se presume como tal; sanciona la conducta errónea. En la sociedad griega o en la romana, por ejemplo, el padre disponía de un poder ilimitado sobre los suyos y sobre sus esclavos. El castigo corporal solía ser de rigor. En Roma era algo tan corriente que había hombres que hicieron del castigo profesión y que se paseaban por las calles con un látigo y aceptaban los encargos de los amos. La educación solía estar asociada con el castigo, en caso de resistencia del alumno. Las dos nociones eran por otra parte «inseparables para el griego de la época helena como para el escriba faraónico o para el judío. Los traductores alejandrinos de la Biblia no han vacilado, para traducir la palabra hebrea *misar* (educación, castigo), en emplear el vocablo *paideia*, que para ellos significa simplemente *castigo*. La tradición latina es parecida».[21] Los vocablos hebreos *misar* y *tokahath* tienen las raíces *yst* y *ykh* cuyo «sentido es corregir mediante buenas exhortaciones o consejos morales, o el de castigar».[22] «Disciplina» procede del latín *disciplina*, «enseñanza, ciencia, disciplina militar, etc.». Hasta el siglo XIV el vocablo significó sobre todo «castigo», significado salido del latín eclesiástico de la Edad Media, luego «matanza» y por otra parte «instrumento de flagelación».

La Biblia abunda en ejemplos de «sufrimiento educador». La experiencia del dolor muestra en ella no tanto a una apertura al mundo como una tajante llamada a la verdad y fidelidad a los mandatos de Dios. No sirve tanto para enseñar como para poner a prueba la fe y reavivarla. La Biblia suele repetir el esquema del castigo de Dios recordando a los seres humanos sus deberes hacia el Señor. «Si violan mis preceptos / y no guardan mis mandamientos, castigaré con la vara sus transgresiones / y con azotes sus iniquidades. / Pero no apartaré de él mi piedad [...]» (Salmos, 89: 32-34, también Nehemías, 9: 5-37, I Reyes, 8: 23-53). «[Israél] vive entre la toma de conciencia de su falta y la del perdón de Dios —escribió J. Coste—, no es él quien conduce su vida. Cuando quiere resumir su historia, la ve como una incesante dialéctica del pecado y de la gracia, dialéctica cuyo momento central es el grito, salido del sufrimiento, de la desgracia culpable del hombre, y

21. M. L. López Pino, «Pour une prise de conscience du problème actuel de la discipline», *Cahiers Pédagogiques*, n.º 4, 1964, p. 5.

22. J. Coste, «Notion grecque et notion biblique de la "souffrance éducatrice"», *Recherche en Science Religieuse*, vol. XLVIII, n.º 16, 1953, p. 498.

sin embargo, ya es la expresión más auténtica de la Fe.»[23] Puesto que el dolor recibido es corrección de los defectos que padece el hombre, oportunidad para una renovación, los amigos de Job recuerdan a éste el valor educador de la prueba: «¡Dichoso el hombre a quien corrige Dios! No desdeñes, pues, la corrección del Omnipotente» (Job, 5: 17). E insisten los Proverbios: «Dios corrige al hombre en su jergón con el sufrimiento, lo corrige por el dolor en su lecho.» El dolor padecido como sanción de un extravío, enmienda la conducta y reconduce a la fidelidad hacia Dios. Efraím se dirige a Él de esta manera: «Tú me has castigado y yo recibí la reprensión / como novillo indómito. / Conviérteme y yo me convertiré, / pues tú eres Yavé, mi Dios. / Porque después de mi defección me he arrepentido; luego que entré en mí, heríme el muslo» (Jeremías 31: 18-19). Efraím recurre incluso a su propia mano para perfeccionar el castigo que cree merecer.

La relación desigual con Dios conforma un paradigma que se aplica igualmente a las relaciones de los hombres entre sí. Pero en este último caso, el principio de la corrección y de la distribución intencionada del dolor contra el culpable ya no se justifica con la palabra de Dios, sino que reposa más bien en razones profanas, políticas, sociales o personales. La imposición del dolor como forma privilegiada del castigo es el frecuente reino de lo arbitrario. El niño sobre todo ha sufrido esta percepción del dolor como acicate propiciatorio que viene a sancionar una falta y a devolver al camino recto. Una pintura de Herculano muestra a un escolar indócil, a quien sujetan por los hombros y los pies dos es-

23. *Ibidem*, p. 503.

clavos, al tiempo que un tercero, que empuña un azote, le administra el castigo.

El sentimiento de la infancia, como categoría de edad aparte, es reciente en la historia occidental, como lo prueban los estudios de P. Ariès. Durante mucho tiempo, la transición entre la primera infancia y la edad adulta fue insensible. La violencia estaba diluida en las relaciones sociales, y no respetaba edad alguna. En la periferia del mundo escolar, a los jóvenes se les infligían palizas cuando los maestros que tenían autoridad sobre ellos, en una suerte de contrato de protección, consideraban que no habían llevado bastante dinero o se comportaban de un modo que no les gustaba. Los vínculos de padrinazgo, no desprovistos de brutalidad, estructuraban esas relaciones. Ritos de iniciación donde abundaban las exacciones físicas o morales incitaban a los novatos que accedían a la condición de escolares. «La novatada destrozaba al hombre antiguo, y, humillándolo, lo ponía a merced de sus vencedores; estaba domado y a partir de entonces pertenecía, sin ánimo de venganza, a la comunidad que lo había metido en cintura de ese modo.»[24] Las autoridades religiosas se esforzaban en legislar y moderar esas pruebas que eran, esencialmente, un asunto propio de los jóvenes. En la escuela, en cambio, las novatadas físicas estuvieron ausentes durante mucho tiempo; las transgresiones del reglamento se pagaban más bien a la comunidad, en términos de multas que permitían mejorar lo cotidiano u ofrecer rondas de vino.[25] La disciplina no estaba aún de moda. Las multas que sancionaban las faltas de con-

24. P. Ariès, *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, París, Plon, 1960, p. 269.
25. *Ibidem*, p. 270.

ducta reinsertaban al escolar en el seno de la comunidad; borraban los excesos individualistas corrigiéndolos mediante un principio opuesto que reforzaba el sentimiento de pertenencia al grupo.

La vida del escolar medieval se desarrollaba en el seno de una pequeña comunidad que regía su conducta mucho más que el maestro. En el siglo XVI se anunciaron nuevas modalidades disciplinarias. La libertad que gozaban los escolares incomodaba a los eclesiásticos. Un sentimiento inédito de la infancia hizo de ésta una suerte de humanidad inacabada, inválida, que para su desarrollo exigía el asiduo control de los mayores. El niño se convirtió en un ser marcado por el Pecado original, imperfecto puesto que no había sido corregido mediante la disciplina apropiada. Por añadidura, la debilidad y el candor infantil, la permeabilidad del niño a las influencias, supuso para los religiosos una llamada a hacerse cargo de ese período de la existencia. Más que ninguna otra, dicha etapa compromete la responsabilidad de los educadores, puesto que prepara al niño para la salvación o su pérdida. El derecho de corrección se convirtió en el privilegio de los maestros. En las tradiciones educativas occidentales el empleo de los castigos corporales arraigó a la sombra del Pecado original.

La educación progresa con el apoyo del dolor como posible sanción a todo extravío de la conducta. Tiene como función inscribir la corrección operada en la memoria; el dolor del educando repara la falta insertando el arrepentimiento en la carne, y de esa manera recuerda la conducta apropiada. La transgresión de la ley implica la réplica del castigo en una escena de la vida mundana que retoma a su manera el modelo bíblico original. El arraigo religioso de nuestras sociedades en el sustrato judeo-

cristiano, con frecuencia olvidadizo de la lección de Job, establece un castigo inexorable del mal cometido. La expiación, la reparación, encuentran su razón de ser en el dolor infligido por los encargados de mantener el orden.

La vigilancia, la delación (que rompe las antiguas solidaridades y erige como absoluta la autoridad de las instituciones), los castigos corporales, dibujan de manera lógica unos principios de funcionamiento y de gobierno de los jóvenes. La imperfección original de los niños debe ser corregida por el rigor de una educación que no deja nada librado al azar. Asimismo, los escolares son aislados de la influencia, juzgada igualmente nefasta, de los adultos. «Las varas se convierten en la insignia del maestro de escuela, al menos de la escuela de gramática, la marca de la dependencia bajo la cual el maestro mantiene a sus alumnos en adelante, y en consecuencia, de la sujeción en que ha caído el niño: *infirmus*», observa P. Ariès. En los tiempos anteriores resultan infrecuentes las alusiones a correcciones corporales «no tienen carácter humillante porque conciernen tanto a las austeridades monásticas representadas en las Biblias moralizadas, o a las que se imponen los santos, como la escena de la vida de san Luis Rey donde éste recibe la disciplina».[26] En el siglo XVI el azote sustituye a las multas. Se convierte en la «pena escolástica» por excelencia, y por otra parte así se la llama. Con la correa y la palmeta, el castigo corporal se generaliza e instala la infancia bajo un régimen particular. «Entre los adultos no todos estaban sometidos a las correcciones personales: la gente de calidad escapaba a ellas, y el modo de aplicación de la disciplina contribuía a diferenciar las

26. *Ibidem*, p. 285.

condiciones sociales. Pero, en cambio, todos los niños y jóvenes, cualquiera fuese su condición, estaban sujetos al régimen común, y recibían azotes.»[27] La infancia quedó asimilada con el régimen disciplinario de las clases sociales más humildes. Se convirtió en servil. El siglo XVIII, época de las Luces, intentó modificar esta visión de la infancia. La educación apostó por la capacidad de reforma, el sentido de la dignidad y de la responsabilidad que reside en cada hombre. El niño es menos *infirmus* a medida que se acerca a la edad adulta, y el deber de los maestros consiste en prepararlo para asumir su condición de la mejor manera. Un hombre educado es un hombre lúcido. El envilecimiento que deriva del castigo corporal no propicia el despertar de conductas socialmente en regla. La infancia debe ser instruida y no sometida. Sin embargo, la dureza no desapareció en seguida, aunque el período que siguiera a la Revolución propiciase esta pedagogía. Napoleón restableció la disciplina militar en los establecimientos escolares. Las antiguas costumbres de los castigos corporales aún existían aquí y allá.[28]

El siglo XIX militariza la disciplina de las escuelas. El sentimiento de la adolescencia asiste a la transformación

27. *Ibidem*, p. 289.

28. «Las escuelas inglesas —observa P. Ariès— conservarán la antigua disciplina: castigo corporal y sistema monitorial, que en Francia se había abandonado, pero dichos establecimientos conseguirían transformar completamente el espíritu. Por ejemplo, si el látigo se conserva, no es sólo un castigo, sobre todo se transforma en un medio de educación, una ocasión para el muchacho de ejercer, padeciéndolo, su control sobre sí mismo, primera virtud de un caballero», *ibidem*, p. 293. Recordemos también los análisis de Norbert Elias acerca de las modificaciones de agresividad relacionadas con la «civilización de las costumbres» y el monopolio de la coerción ejercida por el Estado. Cf. N. Elias, *La civilisation des mœurs*, Calmann-Lévy, París, 1973, pp. 321 y ss.

de los usos escolares. La vecindad entre las edades del soldado y del adolescente conduce a tolerar una cierta rudeza en las relaciones entre los jóvenes. Los castigos corporales ya no son sistemáticos, pero las correcciones, por el contrario, tienen amplia presencia. M. Foucault analiza el abandono de los suplicios físicos prodigados a los condenados y la aparición de la disciplina como método de gestión y control de los hombres en la sociedad civil. La imposición del dolor como instancia de rectificación de las conductas pierde sus antiguos privilegios; perdura en la vida civil, claro está, como un principio elemental de resolución de los conflictos o de inculcación de un orden: la violencia física entre individuos está lejos de haber desaparecido, incluso de nuestras sociedades occidentales (y hasta puede estar regulada en ciertos Estados), pero la ley la sanciona y queda como marginal. En el plano colectivo la erradicó la disciplina, es decir, el control de las actividades humanas desde el punto de vista del uso del tiempo y del espacio, y bajo la égida de un reglamento estricto. El dolor deja de ser un instrumento sistemático de sujeción en beneficio de un control global de los comportamientos del alumno. El siglo XX afloja poco a poco los tornillos que aún atenazan el período y el espacio de la escuela. En Francia, en las escuelas primarias, «los únicos castigos que puede usar un maestro son: los puntos negativos, la reprimenda, la privación parcial de recreo, la retención después de clase bajo la vigilancia del maestro y la exclusión temporal [...] Está absolutamente prohibido infligir castigo corporal alguno a los alumnos».[29]

29. B. Douet, *Disciplina et punition à l'école*, PUF, París, 1987, p. 30.

No obstante, en la práctica, los hábitos, insertos en las relaciones sociales, con frecuencia rudas, fueron refractarios a los textos impregnados de una concepción de la infancia en todo positiva: los castigos corporales permanecieron largo tiempo en activo, sobre todo en las clases de la enseñanza primaria. Tirones de orejas o de pelo, golpes de regla en los dedos, en las nalgas, bofetadas, suman una larga letanía. Homeopatía del dolor, que parte de este principio: para evitar al niño un sufrimiento más serio en la edad adulta hay que demostrarle desde la más tierna edad lo que cuesta apartarse del camino recto. Una mínima dosis de dolor que apunta a prevenir el choque contra las reglas sociales del adulto en que se convertirá, más temible por sus consecuencias. «Es por tu bien», afirma el padre o la madre después de la bofetada infligida al niño: «Bien te zurra quien bien te quiere.» Los maestros laicos que castigan mediante el dolor físico o la presión moral, sin saberlo siguen siendo fieles a una concepción cultural de la infancia que asocia a ésta con un estado incompleto, con la impureza, con el mal; asimismo, los alumnos menos brillantes atestiguan otra concepción de los valores escolares, pues castigan al buen alumno una y otra vez con novatadas en los tiempos de recreo.

El problema del dolor como instancia de moralización de las conductas consiste sobre todo en saber quién decide sobre los valores que sirven de fundamento a la atribución de la pena. La desigualdad de fuerzas es la condición necesaria para este ejercicio, permite el gobierno de la infancia y el empleo de una violencia física o moral en nombre de los beneficios del castigo en la educación infantil.

Infligir el dolor para castigar un despropósito, una infracción o imponer el orden es desde hace mucho tiempo un principio de intimidación y de poder, una manera de dominio del otro proporcionada a su impotencia para defenderse. El poder de un hombre o de un Estado se mide por la suma de dolores que es susceptible de prodigar sin que ninguna de sus prerrogativas resulte amenazada por la resistencia de las víctimas o el rigor de la ley. La autorización para hacer sufrir es el rostro sombrío del poder: desde la bofetada, pasando por el apaleamiento, los latigazos, la quebradura de huesos y el desmembramiento, hasta el desollado metódico, el único límite es el de la muerte de la víctima. La tortura es la práctica del horror. Cree convertir el sufrimiento en modo de control político. Por la imposición de un dolor que no tiene otros límites que la imaginación de los torturadores, apunta a quebrar el sentimiento de identidad de la víctima para conducirlo a revelar secretos importantes, provocar la admisión de una culpa, de un compromiso político o moral, o simplemente doblegarla a la voluntad de los verdugos. A veces traduce una pura voluntad de aniquilación del otro, martirizándolo, mancillándolo, reduciéndolo a un objeto. La imposición del dolor y de la humillación persigue una lógica de anulación de la víctima. El dominio sobre el cuerpo es el dominio sobre el hombre, su condición, sus valores más queridos. Otorga al Estado o a un grupo los beneficios políticos de un instrumento de terror sobre la población. El ejercicio absoluto del poder contra los representantes de la sociedad civil es una metáfora de la extensión del poder sobre el cuerpo so-

cial en su conjunto. Fuera del campo de la palabra y de los principios compartidos, erige la ley del más fuerte despreciando el vínculo social.

La libre facultad de provocar el dolor es un medio arquetípico del poder sobre una sociedad o sobre una persona. Somete a la víctima sin tener que matarla necesariamente, pero dejándola en la memoria la cicatriz de sus sevicias y de la suerte que le espera en caso de reincidencia o de «mala» conducta. Pero la tortura no apunta sólo a arrancar la confesión o hacer daño, también procura al verdugo el goce sutil de tener a la víctima a su merced, de ejercer un absoluto dominio sobre su cuerpo, intimidad, dignidad, si no sobre sus convicciones. La tortura despierta una fantasía de omnipotencia, elemental en sus manifestaciones, puesto que es una manera inmediata de alcanzar al otro en profundidad. La tortura lleva al infinito el arte de hacer sufrir al hombre incapaz de defenderse pero inmerso en mil formas de dolor. Persigue la destrucción de la personalidad de la víctima atada de pies y manos, sometida a las fantasías de los verdugos. Por definición es una negación del rostro, indiferente a la «culpabilidad» del prisionero que suele estar determinado por su pertenencia social, cultural o política, o como elemento simbólico de una evocación despiadada de las facultades del poder contra sus opositores. No hay inocencia para el torturador cuando pesa una sospecha sobre su víctima. La tortura es una especie de triunfo del rumor.

El dolor infligido sanciona una opinión política, una manera de ser, una condición social o cultural, unas relaciones percibidas como «culpables». Se opone a la falta un sufrimiento dilatado durante días, semanas o meses. Al dolor inagotable, que se reproduce a diario,

se suma la angustia de la espera, la incertidumbre, la humillación, el horror de estar sometido a una imaginación sádica sin control exterior, a voluntad de los torturadores. «La intensidad del dolor físico, la desnudez, la privación sensorial (oscuridad, "capucha" que impide la visión), la ruptura de todo vínculo afectivo con el mundo personal siempre amado, que desemboca en la constancia única del propio cuerpo dolorido, sufriente, deshecho, y sometido por completo a la voluntad del torturador que hace desaparecer del mundo toda presencia que no esté en el centro de la experiencia actual.»[30] El hombre torturado vive su cuerpo como la forma permanente del tormento; está pegado a él como el caparazón de Gregorio Samsa, materia en la que se encarnizan los verdugos, estructura de carne convertida en otra distinta mediante la aberración del suplicio y del dolor, pero que sigue formando un solo cuerpo con la víctima. Los componentes físicos y sensoriales de la víctima se vuelven en contra de ésta, ofreciendo al torturador otros tantos puntos vulnerables donde administrar el tormento. «Todas las fuentes de fuerza y de placer —escribió Elaine Scurry—, todos los medios de moverse en el mundo o de mover el mundo en uno mismo se convierten en medios [...] de forzar al cuerpo a alimentarse del cuerpo: los ojos reciben una luz que lastima, los oídos perciben ruidos brutales, comer [...] es reemplazado por la privación que incluye, ya la ausencia de alimentos, ya la comida nauseabunda; el gusto y el olfato [...] son sistemáticamente engañados con quemaduras o cortes en el interior de la boca o la nariz, o con sustancias infectas; exigencias naturales como la

30. M y M. Vinar, *Exil et torture*, Denoël, París, 1989, p. 50.

excreción o necesidades como la sexualidad se transforman en fuente de ultrajes y de repulsión.»[31]

La totalidad de la relación con el mundo de la víctima está bajo la égida del dolor y el horror. Y ésta ignora si la tortura cesará mañana o dentro de seis meses, o si acaso morirá en las horas siguientes. Ante lo arbitrario absoluto del rostro humano, que se expresa en el secreto, la víctima esta sujeta a su cuerpo, sin otra salida para escapar al torturador que desprenderse de éste. Marcelo Vinar relata la historia asombrosa de Pepe, largamente torturado, sometido al hambre, a la sed, a un largo período de pie. Después de dos semanas, cuando ya no era más que heridas y dolores, Pepe sintió que su cuerpo se alejaba de él. En la oscuridad de su celda vio de pronto, de una manera eminentemente real, acercarse a sus compañeros que lo animaron a resistir, a tener noticias suyas a diario, y darle ánimos. «Pepe se proveyó de un espacio lúdico que daría a su terror el sentido de una lucha y le permitiría mantenerse invencible ante la técnica sofisticada de sus torturadores.»[32] El horror reiterado en cada momento condujo a ese caso extremo de elaboración de un universo alucinatorio que desarraiga el dolor de la carne y ofrece un camino de sueño para afrontar la adversidad, restaurar una significación y un rostro amistoso en el mundo. Este imaginario no es tanto una técnica de salvaguarda como una intuición que supera su entendimiento, nacida del propio seno de la identidad en vías de deshacerse, y que acude para salvarlo del desmantelamiento. La única salida consiste en derivar el dolor hacia un mundo diferente, sin relación

31. E. Scarry, *The Body in pain*, Oxford University Press, Oxford, 1985, p. 48.
32. M. y M. Vinar, *op. cit.*, p. 63.

consigo mismo. Al separarse de su cuerpo **arraigando** su conciencia en una imagen feliz que resiste los intentos de fractura de los verdugos, la víctima se crea un mundo alternativo que la preserva del agobio; que salvaguarda un núcleo de su identidad. Otro ejemplo es el que ofrece un joven periodista oriundo de Burundi: Déo Hakizimana: «En mis sueños de cada día —refirió— me veía siempre de pie, saliendo del calabozo, para ir a participar en una vasta campaña contra las detenciones arbitrarias y los malos tratos. Me veía siempre organizando planes de lucha por la libertad de opinión y de información.»[33]

La tortura es una experiencia en los límites que hunde sus raíces en el seno de lo insostenible, a veces durante largos períodos. Con frecuenta quebranta las convicciones del hombre, lo empuja a la locura o a la elección deliberada de la muerte. No deja indemne, aunque las cicatrices sean sobre todo interiores. El «sufrimiento mental agudo» (Amnesty International) que producen los malos tratos físicos prolonga sus efectos en la existencia durante largo tiempo, e impide recuperar el lugar en el mundo. Si el dolor altera los fundamentos de la identidad, como ya se ha visto, peor es todavía el traumatismo cuando es infligido con cabal conocimiento de causa por seres humanos, contra una víctima indefensa, desnuda y humillada. La tortura supone algo peor que la muerte, vuelve deseable el suicidio para escapar del potro de tormento moral y físico. Al abrir dentro del cuerpo la brecha permanente del horror provoca la implosión del sentimiento de identi-

33. Citado por A. Jacques, *L'Interdit ou la torture en procès*, Le Cerf, París, 1994, pp. 73 y ss.

dad, la fractura de la personalidad que conduce a veces al torturador al éxito: denuncias, renunciamiento, traición, vergüenza, locura.

Las secuelas de la tortura imponen atenciones particulares y una larga convalecencia. La admisión del sufrimiento es difícil de enunciar porque comporta reconocer el éxito del torturador. Es como una concesión a la intención de anular a su víctima. Todo recuerdo del acontecimiento despierta el dolor padecido. No obstante, la liberación pasa necesariamente por una palabra que avive un momento el recuerdo, pero que suponga el primer paso de una recuperación de la existencia. Enquistadas en la memoria, las torturas deben ser expulsadas mediante un trabajo que mine su agudeza. La verbalización del sufrimiento tiene valor de liberación, rompe el cerrojo que retiene al sujeto en la repetición del traumatismo. Durante largo tiempo la víctima no soporta las situaciones asociadas con la tortura: desnudez, contactos corporales, sonidos, olores... La serie de heridas siguen horadando la carne acompañadas por otros sufrimientos: depresión, úlceras gástricas, dolores de cabeza, problemas dermatológicos, respiratorios, insomnios, etc.[34] Se necesita un largo aprendizaje para reconstituir un cuerpo continente de la identidad personal que esté perforado por las líneas de fuga de un sufrimiento siempre amenazante, incluso cuando los torturadores están lejos. El dolor infligido de esta manera abre una brecha entre el yo de la víctima y el mundo. Lento, y en ocasiones imposible, es el retorno del sentimiento de seguridad ontológica necesario para la existencia y para la confianza hacia los demás.

34. Cf. A. Jacques, *op. cit.*, pp. 101 y ss.

A diferencia de la tortura, el suplicio pone de manifiesto un orden particular. «Se trata de una práctica reglamentada —escribió M. Foucault—, que obedece a un procedimiento bien definido; momentos, duración, instrumentos utilizados, longitud de las cuerdas, peso de los lastres, número de astillas, intervenciones del magistrado que interroga, todo eso es, de acuerdo con las diferentes costumbres, cuidadosamente codificado.» Es conveniente controlar la administración de una cierta cantidad de sufrimiento. El suplicio culmina con la ejecución de muerte en «la medida en que ésta no es sólo privación del derecho de vivir, sino que es la ocasión y el término de una graduación calculada de sufrimientos: luego la decapitación —que reduce todos los sufrimientos a un gesto único en un único instante: el grado cero del suplicio— hasta el desmembramiento que los transporta casi al infinito, pasando por el ahorcamiento, la hoguera, la rueda, sobre la cual se agoniza largo tiempo; la muerte en el suplicio es un arte de retener la vida en el sufrimiento, subdividiéndola en «mil muertes».[35] La tortura sólo está limitada por la crueldad, pero el suplicio, «arte cuantitativo del sufrimiento»,[36] realiza más bien un ritual de violencia contra un condenado que debe conocer en su carne la aplicación metódica de un protocolo de dolores.

El teatro del suplicio pretendía tener valor de ejemplo y demostrar la fuerza y la intransigencia del poder, pero la intención resultaba con frecuencia desbordada por la ambivalencia de la multitud, que a veces sostenía el partido del condenado, se apiadaba de su suerte, ad-

35. M. Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, París, 1975, p. 44.
36. *Ibidem*, p. 38.

miraba su valentía, su piedad, etc. El condenado se convierte en ciertas ocasiones en el héroe de la jornada, modelo de resistencia frente a la injusticia de un poder fundado en la desigualdad social y la fuerza. En la segunda mitad del siglo XVIII numerosas voces denunciaron la crueldad de los suplicios, la fascinación colectiva ante el dolor de un hombre. Se temió que un espectáculo tan refinado, tan decidido a hacer daño, estimulara al fin la pasión del criminal en potencia mezclado con la multitud de espectadores, en vez de disuadirlo de pasar a la acción. La orgía de dolor con la cual se colma al condenado, empleando en nombre de la justicia los mismos medios que los criminales más empedernidos, también parece culpable. En algunas décadas, entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, en ciertos países de Europa, en Estados Unidos, en Rusia, el suplicio desapareció de las plazas públicas. El encarnizamiento en un cuerpo descuartizado, quemado, mutilado, eviscerado, marcado, hiere las sensibilidades. Se instauró un régimen de castigo menos corporal y más existencial. En Francia, la guillotina fue el instrumento por excelencia de la nueva concepción judicial: suprimía la vida de un golpe, sin suplemento doloroso, sin estado de espíritu, de una manera casi abstracta.[37] Precisamente por razones humanitarias el doctor Guillotin reflexionó sobre el perfeccionamiento de esta máquina, de la cual se conocían algunas antiguas versiones. La voluntad de infligir un sufrimiento fuera de lo común y

37. Que el condenado sienta o no dolor en el momento en que la hoja le corta la cabeza, y después de la decapitación, fue el objeto de numerosos debates en Francia en ocasión de la instalación de la guillotina. Cf. D. Arasse, *La guillotine et l'imaginaire de la terreur*, Flammarion, París, 1987.

de quitar al condenado toda apariencia humana se reemplazó por una graduación de la pena y un dominio sutil sobre el tiempo y el espacio de ésta. «El castigo —comenta M. Foucault— pasó de ser un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos.» La pena, a menos que ésta concluya en condena a muerte, se disimula en el secreto de las colonias penitenciarias y las cárceles, abandona el cuerpo del condenado para apuntar a las relaciones de éste con el mundo. Una matemática del castigo fundamentada en la privación, la suspensión de los derechos, elimina la infamia del dolor administrado con complacencia y contemplado por el público. En las colonias, por cierto, o en ocasión de movimientos insurreccionales en el seno de estos mismos países que pretendían la «humanización» de las penas, la tortura, la violencia ciega, la salvaje voluntad de castigar o destruir siguieron teniendo libre curso.

En *La colonia penitenciaria*, Franz Kafka ofrece una metáfora sobrecogedora de la función antropológica del suplicio. En esa isla, la ley condena a quien la transgrede a una pena proporcional a la gravedad de la falta. Pero no se contenta con la privación de los derechos elementales de la existencia por el encarcelamiento o el destierro, pretende realizar una ecuación entre el delito y una suma de dolor moralmente equivalente. En el relato de Kafka se invita a un viajero a visitar el interior de una colonia penitenciaria para que asista a la ejecución de un soldado culpable de irreverencia hacia un superior. Un oficial animado de un celo religioso hacia la máquina que ejecuta las sentencias le da la lección. «Nuestra sentencia no es severa. Simplemente se graba, con ayuda del rastrillo, el artículo violado sobre la piel

del culpable. Por ejemplo, se escribirá sobre el cuerpo de este condenado [...] «Respeta a tu superior».[38] La conversión del cuerpo en receptáculo de dolor se hace mediante la letra de la ley escrita sobre la piel. Pero temiendo que el testimonio del viajero incite al gobernador, hostil a la máquina, a poner fin a su empleo, el oficial suelta al prisionero y se instala él mismo en el dispositivo. El rastrillo debe grabar en su carne la conminación «sé justo». Pero la máquina se acelera y martiriza infinitamente a su víctima, a la cual por fin arroja, memoria informe, como si lo arbitrario de su funcionamiento ya estuviera aclarado.

El dolor consentido de la cultura deportiva

La actividad deportiva no sólo exige una técnica y una aptitud particular para resistir el esfuerzo y la fatiga, al mismo tiempo es una lucha interior contra el sufrimiento, y también contra la tentación, con frecuencia irresistible, de relajarse y experimentar el éxtasis momentáneo de dejarse caer sobre la pista o el campo de juego. Cuando el cuerpo se vuelve enemigo de todo esfuerzo, el actor se enfrenta y maneja con su dolor. Más allá de sus cualidades atléticas particulares, acrecienta sus rendimientos aumentando poco a poco su resistencia a lo intolerable. El adversario que superar o la marca que batir convoca a un sufrimiento por alcanzar y superar. Toda actividad física o deportiva que vaya más allá de los esfuerzos habituales exige una negociación personal con el umbral de dolor soportable. Siempre falta un límite por conquistar gracias al entrenamiento,

38. F. Kafka, *La colonia penitenciaria.*

a métodos psicológicos o a la determinación del carácter. El rendimiento es un hito en el continente del dolor. Y éste nos enfrenta a una experiencia en los límites.

Pero al contrario del dolor producido por una herida o secuela de una enfermedad que impone sus directivas, el que nace de la prueba deportiva permanece bajo el control del deportista, es un cuerpo a cuerpo personal, íntimo, con la sofocación, las náuseas, la tensión muscular. Dueño de la intensidad de la pena que se inflige, el actor también lo es de su duración, sabiendo que puede suspender un esfuerzo demasiado intenso e incluso abandonar si ha ido demasiado lejos. Un atleta que se entrega al equivalente de trece triatlones (49,5 kilómetros nadando, 549 a pie, 2.340 en bicicleta), sin aliento, explica que «entre una tendinitis y una periostitis en el tobillo derecho y un quiste en la rodilla izquierda [él], intenta no estar demasiado mal, conservar la misma línea sobre el asfalto. Mantenerse erguido es lo más duro».[39]

El dolor es el sacrificio que el atleta consiente en un intercambio simbólico que apunta a hacerlo figurar en una buena posición al final de la prueba o a establecer una nueva marca. Una competición velada duplica la competencia aparente, ésa que cada uno sostiene en la soledad contra el umbral de tolerancia al dolor de los otros. Se sostiene un combate silencioso con el objeto de inscribir la soberanía personal más lejos, más en el núcleo de ese dominio inefable. El papel del entrenamiento, además de mejorar la competencia técnica o el aprendizaje de las sensaciones, consiste para el deportista en aprehender metódicamente el dolor en una forma homeopática, regular, con el objeto de rechazar su llegada,

39. *Libération*, 27 de octubre de 1994.

acostumbrarse a sentir su amenaza, ganándole terreno paso a paso. La repetida imposición de un sufrimiento medido durante los entrenamientos es una condición necesaria para llegar más allá durante el sufrimiento imprevisible de la prueba, que es él único que cuenta. A través del don regular del dolor durante las sesiones de entrenamiento, el atleta paga simbólicamente el precio del endurecimiento para el gran día. «Es necesario saber sufrir», dicen los adeptos, para conocer por fin el éxito.

Lejos de huirle como los hombres corrientes, los deportistas se relacionan con el dolor como con una materia prima de la obra que realizan con el cuerpo. La tarea consiste en domesticar la tentación de responder a él, cuando se acerca, con el desaliento o el abandono, él se esfuerza en acompañarlo y hacerle perder altivez. Cuando el dolor se mantiene bajo el control del individuo tiene la apreciable ventaja de proporcionarle un límite, de simbolizar el contacto físico con el mundo. Numerosos occidentales, deportistas de ocasión, se lanzan en la actualidad a largas e intensas pruebas donde prima la capacidad íntima de oponerse a un sufrimiento creciente. Carreras a pie, *jogging*, triatlones, marchas, etc., son prácticas a las que el hombre corriente se entrega no para enfrentarse con los otros, sino para emplearse en no ceder ante el trabajo de zapa del dolor. Obligado a pasar una prueba tras otra en una sociedad donde las referencias son innumerables y contradictorias, donde los valores están en crisis, el actor busca en una relación frontal con el mundo un camino radical de puesta a prueba de su fuerza de carácter, valentía y recursos personales. Ir hasta el final de la dificultad que se inflige procura legitimidad a su existencia, que encuentra ahí un camino simbólico para sostenerse. El

rendimiento es secundario, la prueba sólo tiene valor para sí. No se trata de batirse contra otro, sino de aguzar la propia determinación, de superar el sufrimiento llegando hasta el fin de la exigencia personal. El límite físico reemplaza los límites de sentido, que ya no conciernen al orden social. Cuanto más vivo haya sido el sufrimiento, más segura es la conquista de significado íntimo, y más completa la satisfacción de haber sabido resistir la tentación del abandono. En forma simbólica de actividad física o deportiva se ejerce una recuperación de la propia existencia. Y en ese acrecentamiento del placer de vivir, la memoria del dolor que se superó es el testigo privilegiado.[40]

Ciertas disciplinas deportivas exigen de sus adeptos ir más lejos todavía en esta relación ambivalente. Si todo hombre huye de los golpes, o se aflige cuando los recibe, el boxeador, en cambio, aprende a encajarlos como si nada, con el objeto de elevarse hasta un nivel aceptable de competición. Él mismo se ofrece regularmente a los puñetazos en ocasión de los entrenamientos o de los combates. El boxeo dibuja un modelo ejemplar del empleo social del dolor, reúne bajo ambiguos auspicios a dos hombres a quienes no les separa odio alguno, pero cuyo oficio es recibir y dar dolor sin medir la violencia de los golpes, para satisfacción de un público apasionado. El sufrimiento se ofrece como espectáculo a través de los golpes de una y otra parte, exhibiendo la voluntaria desnudez de los cuerpos y los rostros, el sudor, la sangre, los gritos de los espectadores y los juegos de luces que transfiguran el drama.

Lo que es violencia para la sociedad es dolor para el

40. Cf. D. Le Breton, *Passions du risque*, *op. cit.*

boxeador. A causa de la intensidad física del compromiso contra el adversario, y la serie de golpes destinados a hacer daño, el boxeo realiza una imagen global del sufrimiento. «El boxeador prefiere el dolor físico sobre el ring a la ausencia de dolor, que es idealmente la condición ordinaria de la vida —escribió Joyce Carol Oates—. Si no se puede golpear, se reciben golpes, una forma de saberse siempre vivo.»[41]

Esta disciplina remite sobre todo a la ética popular de resistencia a la pena. Para el boxeador se trata de saber cuánto dolor pueda encajar sin derrumbarse, y sobre todo infligir en respuesta. Cuanto más resiste a los ataques, aun machacado, más impresiona a su adversario. La lucha de los cuerpos en el cuadrilátero también comporta un combate simbólico que apunta a desestabilizar al otro dando muestras de una capacidad poco común de mostrarse indiferente a los golpes. «Encajar» significa no traicionarse con signo alguno de dolor, sin rastro alguno de debilidad de carácter, presentando de esa manera al otro una coraza física y psicológica sin defectos, puesto que el adversario sabrá aprovechar el fallo más ínfimo. Viva imagen del dolor, hace daño mediante los golpes que asesta sin descanso y es necesario hacerle daño para obligarlo a ceder, reducirlo a la impotencia. Hay que conducir al adversario a reconocer la intolerable agudeza de su pena, y su rechazo de un sufrimiento suplementario, permaneciendo sordo a las propias contusiones. Para qué prolongar el castigo cuando arrojar la esponja es un gesto tan simple que conduce al soñado

41. J. C. Oates, *On boxing*, Doubleday, Nueva York, 1987, p. 25. Acerca del boxeo vivido desde el interior, cf. Loïc J. D. Wacquant, «Corps et âme. Note ethnographique d'un apprenti-boxeur», *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n.º 80, 1989, pp. 33-67.

placer del vestuario y del descanso. La capacidad del boxeador de recibir los golpes del adversario sin vacilar, con el rostro bañado en sudor y rojo de sangre, la valentía frente a los ataques del contrincante, suscitan la emoción de las multitudes. El dolor exhibido sacraliza a la víctima, la transfigura. El cuerpo magullado por no haber eludido el sufrimiento erige al boxeador como imagen de salvación. Lo convierte en un hombre que supo mirar simbólicamente a la muerte, a los ojos, sin desfallecer. Al comentar la penosa derrota de Carpentier, el 24 de octubre de 1912, ante el norteamericano Papke, André Rauch observaba la ambigüedad del fracaso del campeón. «Una única compensación: su capacidad de sufrir. Magullado, ensangrentado, no abandonó y salió agrandado de su derrota. En esta clase de boxeo sólo pierde de verdad aquel a quien el público rechaza porque no da ni encaja con bastante violencia.»[42]

El dolor iniciático

El dolor acompaña los ritos iniciáticos de numerosas sociedades tradicionales; es tanto un recuerdo enclavado en la carne como una marca que en adelante signará la apariencia física del individuo iniciado: circuncisión, excisión, subincisión, limado o extracción de los dientes, amputación de un dedo, escarificaciones, tatuajes, escoriaciones, quemaduras, apaleamientos, novatadas, pruebas diversas, etc. El dolor es el anclaje común escrito sobre el cuerpo del iniciado. Aquél atestigua la

42. A. Rauch, *Boxe. Violence du XXème siècle*, Aubier, París, 1992, p. 95. Esta obra demuestra la evolución de las sensibilidades colectivas ante la «brutalidad» puesta en juego en este deporte en el transcurso del presente siglo.

mutación ontológica, la transición de un universo social a otro, modificando de golpe la antigua relación con el mundo.[43] La huella corporal, con el dolor que la arraiga, significa la gravedad de las circunstancias, la importancia del acceso a la edad adulta, y expresa de manera incontrovertible la sinceridad de un grupo social que no se compromete a la ligera. La cicatriz traduce en la piel la pertenencia a la comunidad, materializa el dolor en una memoria tangible del cambio de estatuto.

En la cultura bariba, toda manifestación ostensible de sufrimiento suscita la vergüenza. El modelo de conducta socialmente exigible manda la indiferencia y la prosecución de las tareas cotidianas. El hombre o la mujer son más fuertes que la naturaleza que se expresa en ellos. Ellos soportan el dolor del mismo modo que aprendieron a hacerlo en ocasión de la circuncisión o de la clitoridectomía. En verdad, el joven no demuestra debilidad alguna cuando el hierro muerde su carne. Si en ese momento grita o llora, se convierte en el hazmerreír del grupo y en la vergüenza de su familia. En ocasión del procedimiento ritual, su tío, frente a él, lo mira a los ojos y lo insta a mantenerse firme. La familia entona un cántico de alabanza al muchacho al tiempo que el oficiante le corta el prepucio. La muchacha es incitada a una valentía semejante, pero se es más indulgente con

43. Además del dolor, el miedo es un elemento esencial de la pedagogía iniciática: se aterroriza a los novicios con espectaculares puestas en escena después de haberles convencido de que vendrán espíritus a devorarlos, los mayores se disfrazan de fieras temibles, vistiendo espantosos trajes antes de agredir a los novicios aterrados, etc. También ahí es conveniente poner a prueba la valentía. La imposición del dolor atestigua el control que ejerce el novicio sobre sí, el enfrentamiento al miedo demuestra su autoridad en los acontecimientos de la vida mundana.

ella cuando el sufrimiento le arranca un grito. Ningún cántico acompaña su prueba. Una mujer que describió su clitoridectomía subraya que ningún dolor en la existencia alcanza esa intensidad. Después de semejante experiencia, se siente capaz de soportar cualquier otro sufrimiento. Aunque el acento en la firmeza sea más pronunciado en los hombres que en las mujeres, de cada cual se espera una actitud conforme al ideal del grupo. «Entre la muerte y la vergüenza —dice un proverbio bariba—, la muerte goza de una mayor belleza.»[44]

En otro continente, P. Clastres relata el acceso a la edad adulta de los jóvenes aques, que consiste en un tatuaje que saja la piel de la espalda en profundidad. El adolescente está acostado sobre el suelo y ofrece la espalda al «cortador». El hombre corta la piel desde el hombro hasta la cintura con una piedra afilada. La desgarra apoyándose en el instrumento con todas sus fuerzas, y de esta manera traza líneas rectas y paralelas en una decena de cortes. «El dolor es atroz [...] pero [...] no oirá al mozo dejar escapar quejas o gemidos: más bien perderá el conocimiento, pero manteniendo los dientes apretados. En tal silencio se miden su valentía y su derecho a ser considerado un hombre cabal.»[45] El rito de tránsito de las sociedades tradicionales, a través de episodios penosos, exige los recursos morales requeridos por la comunidad. En él se enuncian valores fundadores del vínculo social, y sobre todo otorga a sus miembros una experiencia del dolor en un marco ritual, que los

44. C. Sargent, «Between death and shame: dimensions of pain in Bariba culture», *Social Science and Medicine*, vol. 19, n.º 12, 1984, p. 1302.

45. P. Clastres, *Chroniques des Indiens Gyayaki*, Plon, París, 1972, pp. 173-174.

prepara para soportar las vicisitudes de la existencia. En un medio a veces hostil, la valentía es una virtud esencial para la supervivencia del grupo. El dolor padecido es un antídoto que registra un recuerdo de la resistencia a la adversidad, la cual vuelve al iniciado menos vulnerable ante las pruebas inherentes a su condición. Apunta a forjar el carácter. Enfrentar al joven a un sufrimiento deliberado es una manera de poner a prueba los recursos que el grupo exige de él de manera perenne: resistencia, sangre fría y coraje. El rito de iniciación o tránsito es una escuela de moral social donde la prueba de la verdad consiste en la igualdad de alma atestiguada en el momento en que el cuchillo penetra en la carne o desgarra la piel. La violencia del dolor vale como prueba en el propio centro de ésta, dominarla sin perder el conocimiento expresa la valentía de un joven que no cede bajo el yugo del dolor, y de esa manera prueba su pertenencia a la comunidad de manera cabal. El valor de su existencia implica ese momento de firmeza cuya apuesta es su forma de inserción en el seno del grupo. «Sabía perfectamente que sufriría —dijo Camara Laye—, pero quería ser un hombre, y no parecía que hubiese algo más penoso para acceder al grado de hombre.»[46] Si la resistencia al dolor es una especie de diploma entregado ante la mirada de todos, que da fe de los méritos incuestionables de un joven, el grito emitido de manera desdichada, o el miedo demasiado evidente exhiben, por el contrario, el ínfimo valor de aquel que ha fracasado, para gran vergüenza de la comunidad y de su familia. Se juega en ello el estatuto social del joven, su valor como miembro de la comunidad. Aquel que huye

46. C. Laye, *L'Enfant noir*, París, 1953, p. 125.

ante el dolor demuestra su falta de carácter, su cobardía, en tales condiciones no podría convertirse en un hombre completo. Su integración resulta problemática, no se ha mostrado a la altura de las exigencias morales. La falta de resistencia, puesta de manifiesto en ese día esencial entre todos, perseguirá al hombre durante todo el transcurso de su vida con su sombra obstinada. Thésiger, cuando caminaba con los beduinos por el Desierto de los desiertos, oyó a sus compañeros evocar una reciente ceremonia de circuncisión entre los maha. «El hijo de Alí se puso tonto cuando se lo cortó —dijo Saïd, soltando una carcajada—. Gritaba como una mujer.» Todos se echaron a reír y algunos exclamaron: «Que Dios le vuelva negro el rostro.» Era seguro que la desventura del pobre muchacho sería conocida muy pronto por todos los beduinos de la región.[47] El dolor es una medida del hombre. Fracasar en dominarlo es confesar impotencia ante la naturaleza. La cultura es derrotada en uno de sus miembros, durante su tentativa de someter las instancias biológicas, antes que ser dirigida por éstas.

Se ve aquí el significado social atribuido al dolor, el de dar una dimensión aguda al recuerdo uniendo a la comunidad a través de las mismas referencias. El dolor compartido forja una afectividad común que se mantiene a continuación mediante las relaciones privilegiadas establecidas por los jóvenes de una misma generación, y más allá. Es un vínculo social más poderoso que lo que puede ser la alegría o el placer, tiende a crear una comunidad de destinos a través del recuerdo, en el transcurso del tiempo, de las anécdotas, penas, emociones compartidas. De esta manera la continuidad se opera entre una

47. W. Thésinger, *Le désert des déserts*, Plon, París, 1978, p. 151.

generación y otra. El camino abierto en el pasado por los mayores, en ocasión de esas mismas pruebas moviliza en los jóvenes los recursos interiores para hacerse dignos de ellas. No sufren solos, sino en grupo, como sus padres (o sus madres, cuando se trata de muchachas), al igual que sus mayores, en una sucesión ininterrumpida donde cada uno ha realizado un día la demostración de su excelencia personal. El joven está en la memoria colectiva e inscrito en el linaje. Nunca está solo para enfrentarse al mal, el dolor iniciático es común. Y se comprende la amplitud de la decepción social que aporta el joven que se sustrae a sus responsabilidades y ofrece al grupo sólo su pusilanimidad. «El rito iniciático —escribió Pierre Clastres— es una pedagogía que da desde el grupo hasta el individuo, desde la tribu hasta los jóvenes. Pedagogía de afirmación y no de diálogo: de esa manera los iniciados deben permanecer silenciosos en la tortura. Quien no dice nada consiente. ¿En qué consienten los jóvenes? En aceptarse como lo que serán en adelante: miembros plenos de la comunidad.»[48]

El dolor padecido en ocasión de los ritos de iniciación a veces alcanza un minucioso *crescendo* en la violencia de las pruebas siguientes, conduce al joven al límite de la condición humana para convertirlo en un hombre completo a quien en el futuro no quebrará peligro ni enemigo alguno. Estos ritos vuelven a los iniciados capaces de mirar la muerte de frente sin experimentar temor. Georges Catlin, el pintor etnólogo de los indios de la Pradera, describió en 1832 y años sucesivos, con una no disimulada fascinación, la «ceremonia anual

48. P. Clastres, *Les indiens de la prairie*, Club des Libraires de France, París, 1959, pp. 74-92.

de los mandan».[49] Antes de comenzar, los candidatos a la iniciación son invitados a cuatro días de ayuno y tres noches sin dormir. Agotados por el tratamiento, se entregan a sus preparadores: «En principio se trataba de colocar los pasadores en el cuerpo de los jóvenes, tanto arriba de la espalda, detrás de los hombros, o sobre el pecho, sobre los bíceps y los antebrazos, los muslos y bajo las rodillas.» Uno de los hombres levanta la piel algunos centímetros y la atraviesa de lado a lado con su cuchillo de desollar, «cuidadosamente mellado, para hacer que la operación resulte más dolorosa». El segundo sitúa los pasadores en las heridas abiertas de ese modo. La operación dura varios minutos, durante los cuales el joven permanece inmóvil, inclinado hacia el suelo, para favorecer la tarea de los dos hombres. Una cuerda tensa sujeta al remate de la techumbre de la choza sagrada se ata luego con firmeza a los pasadores colocados en la espalda o el pecho, y se agregan objetos como calaveras o armas, a continuación, los jóvenes mandan son levantados en el aire. «La impasibilidad, y hasta podría decir, la serenidad con que estos jóvenes soportan su martirio era aún más extraordinaria que el propio suplicio —observa Catlin—. Y ni uno solo dejó de mantener el rostro inexpresivo mientras el cuchillo mellado le atravesaba la carne. Algunos hasta se dieron cuenta de que yo dibujaba, consiguieron mirarme a los ojos y sonreír, mientras que yo, al oír el cuchillo lacerando sus carnes no podía contener las lágrimas.» Las piel tensa a causa del peso del cuerpo, la sangre corriendo, da al suplicio un tono lúgubre. Por medio de largas pértigas hacen que el cuerpo

49. G. Catlin, *Les indiens de la prairie*, Club des Libraires de France, París, 1959, pp. 74-92.

gire. Sólo el desvanecimiento los libera de una prueba que no se detiene allí, puesto que, vueltos en sí, se arrastran de un lado a otro del recinto, donde les espera uno de los guerreros con una hachuela en la mano, ante una calavera de bisonte. Cada iniciado, uno tras otro, anuncia su voluntad de entregar su dedo meñique en sacrificio al Gran Espíritu, y apoya la mano sobre la calavera. «El dedo saltaba de un hachazo. Vi a numerosos hombres que en esta prueba ofrecían al dios su índice, después del meñique, con la misma impasibilidad: sólo conservaban los tres dedos imprescindibles para utilizar el arco.» La ceremonia no está todavía acabada. Los jóvenes, siempre atravesados por los pasadores que los desgarran, y los objetos que los lastran, son arrastrados al centro del poblado. Emitiendo gritos agudos, los hombres de la tribu forman un corro. Las muñecas de los iniciados se sujetan con correas que empuñan hombres del corro, que arrastran a los sometidos al suplicio en una danza enloquecida. «Se forma un segundo corro alrededor del primero: la de los pobres cuerpos arrastrados por dos fuertes conductores; lucharán de esa manera otra vez, para resistir a la muerte el mayor tiempo posible, es decir, a un nuevo desvanecimiento.» Cuando por fin se caen, el corro sigue activo. «Se los arrastra, inertes, y al mismo tiempo perdiendo mucha sangre, con las cargas sujetas a los cuerpos; y las carnes se les desgarran, liberando los pasadores. Esos instrumentos de tortura no podrían quitarse de otra manera; si alguien metiera la mano en ellos, ofendería al Gran Espíritu y correría el riesgo de invalidar todas las pruebas.» Sin embargo ocurre que pasadores demasiado sólidamente amarrados a la carne no puedan soltarse. Catlin asistió a un episodio de ese género. «Un desgraciado, que llevaba una calavera de alce sujeta a una pierna, había sido indefinidamente arrastrado alrededor del círculo sin que su carga quisiera caer ni su carne desgarrarse.» El maestro de ceremonias mandó parar al corro, el joven recuperó el ánimo, «examinó con calma su pierna sangrante y desgarrada, y la carga todavía sujeta a su carne; luego, con una sonrisa desafiante, se arrastró entre la multitud que se abría ante él, hasta la pradera... Consiguió hacer más de un kilómetro, hasta un sitio alejado donde permaneció tres días con sus noches solo, sin socorro ni alimentos, implorando al Gran Espíritu. Pasado ese tiempo, la supuración lo libró del pasador y regresó al pueblo, caminando a cuatro patas, puesto que estaba en tal estado de agotamiento que no podía ponerse en pie».

La literatura etnológica acerca de los ritos de iniciación atestigua la frecuencia de la imposición de un sufrimiento que supera las necesidades de la ceremonia, y expone al joven a novatadas, apaleamientos, humillaciones prodigadas por los mayores. M. Houseman, describiendo el rito de iniciación masculina «so» de los beti del sur de Camerún, ofrece una versión. En principio, una amplia escarificación de la espalda permite a los novicios exhibir su resistencia y los inscribe en su nueva condición. Durante una última prueba, los mayores les arrojan hormigas mientras corren hacia un túnel subterráneo donde tienen que recorrer una docena de metros entre arbustos de ortigas. «Pero a este dolor, sensato y honorable, del principio y el final del rito, se opone otro ininteligible y degradante.»[50] Copiosos apaleamientos por parte de los mayores, pruebas absurdas

50. M. Houseman, «Le mal pour le mâle: un bien initiatique», en J. Hainard y R. Khaer, *Le mal et la douleur*, Museo de Etnografía, Neuchâtel, 1986, p. 93.

y penosas, recogidas de frutas en árboles donde pululan las hormigas negras de picaduras dolorosas, etc. Houseman concluye diciendo que «los candidatos son conducidos a una reevaluación del mundo y de sí mismos que consiste en postular un nivel superior de verdad, sólo accesible mediante los actos de la iniciación, fuera de los cuales resultan indefinibles».[51] Esos dolores ininteligibles, administrados por los mayores de manera complaciente, no agregan nada a la enseñanza del rito. Por el contrario, podría verse en ellos una evocación de la omnipotencia del grupo sobre los individuos, la demostración de una autoridad que se impone sin concesión a los iniciados entronizados de ahí en adelante en el estatuto adulto. El ejercicio social del dolor durante los ritos de paso tiene múltiples significados. Su empleo es unilateral: sólo lo infligen los mayores a los más jóvenes, nunca a la inversa. Las novatadas se prodigan de ordinario a los jóvenes para endurecerlos, para templarles un carácter que los vuelva dignos de la responsabilidad futura. La repetición de las novatadas por parte de los mayores, que a su vez ellos han recibido en el pasado, expresa, igual que las que se realizan en nuestras sociedades occidentales, su ambivalencia hacia los más jóvenes durante ese tránsito deseado a la edad adulta, que marca con su final la paridad del novato con el conjunto de la comunidad. El precio, última resistencia de los mayores y símbolo del poder de éstos que caducará muy pronto, consiste en dicha violencia, no obstante canalizada mediante los ritos. Se concede licencia a los mayores para que expresen por última vez sus privilegios. «Los iniciadores velan para que la intensidad del sufrimiento llegue a su apogeo —observa P. Clastres—. Un cuchillo de bambú sobraría, entre los guayaki, para cortar la piel de los iniciados. Pero no sería suficientemente doloroso. Por lo tanto hay que utilizar una piedra, un poco afilada, pero no demasiado, una piedra que en lugar de cortar, desgarre. De esa manera, un hombre experto en la tarea explora el lecho de ciertos arroyos, donde se encuentran esas piedras para torturar.»[52]

51. *Ibidem*, p. 98.

El dolor es una incisión sacra. Sustrae al hombre de su quietud y lo obliga a lo insoportable, es un poder de metamorfosis que marca en la carne un recuerdo indeleble del cambio. Abre un mundo más allá de la percepción que provoca. En tal sentido se comprende que suscitar el dolor y la mutilación de los novicios sea una acción que disfrutan los mayores y que esté controlada mediante el ritual. El desmantelamiento de la identidad juvenil se ve favorecido por la virulencia de una ceremonia que conduce al iniciado más allá de sus antiguos anclajes, y lo consagra a una nueva relación con el mundo. El dolor es una experiencia apasionada con lo sagrado, cuyo empleo y duración interesa ritualizar con el objeto de no destruir al iniciado. Durante la ceremonia de iniciación, el dolor prodigado al joven, asociado con la marca física, es una sanción de la solemnidad del acto, una garantía de recuerdo, y un fin para desestabilizar una personalidad en adelante consumada. El iniciado es socialmente redefinido mediante una modificación física de su apariencia, que tiene un eminente valor simbólico. El dolor es el sello que ratifica el contrato, pare un hombre nuevo, fortificado por el sentimiento de haber superado la prueba. Esta experiencia

52. P. Clastres, *op. cit.*, p. 156.

inefable extirpa al hombre antiguo y acompaña el parto del hombre nuevo. Mircea Éliade ve en el sufrimiento inherente a estas ceremonias un equivalente simbólico de la muerte que permite renacer purificado de las antiguas dependencias. El dolor de la circuncisión en los ritos de tránsito de las sociedades africanas es, para dicho autor, «una expresión de la muerte iniciática».[53]

EL DOLOR COMO APERTURA AL MUNDO

Una virtud del dolor consiste en recordar el precio de la existencia y la dicha elemental de disponer de sí sin obstáculos, sin nada que vuelva al sujeto extraño a sí mismo y lo aleje de los demás. El alivio tiene valor de reinstalación en el mundo, de reapropiación plena de una vida provisionalmente mutilada. Sócrates enunció este sentimiento en el *Fedón*, cuando liberado de sus cadenas, abordó con sus amigos el tema de la dialéctica del placer y el dolor: «Allí donde se presenta uno, viene el otro detrás. Esto es, creo, lo que también me ocurre a mí, puesto que después del dolor que me producía la cadena en la pierna, siento llegar el placer que lo sigue.»[54] Con el regreso de aquello en cuya pérdida radicaba la amenaza o el peligro, el alejamiento del dolor nos vuelve al mundo con una sensación de renacimiento que durante un tiempo más o menos largo hace experimentar la intensidad de la existencia. Montaigne repite la observación: «Nada hay más dulce que esta súbita mutación, cuando de un dolor extremo, llego, por el vaciado de mi piedra, a recuperar como de un relámpago la

53. M. Éliade, *Initiations, rites, sociétés savantes*, Gallimard, París, 1959, p. 66.
54. Platón, *Fedón*.

hermosa luz de la salud, tan libre y plena, como ocurre en nuestros súbitos y duros cólicos. Nada hay en el dolor padecido que pueda contraponerse al placer de un descenso tan rápido del cálculo. ¡Cuánto más bella me parece la salud después de la enfermedad, tan vecina y tan contigua que puedo reconocer la presencia de una y otra en su más alto protocolo, ahí donde se excitan mutuamente como para hacerse frente y oposición!»[55]

La experiencia es común, en un solo movimiento prodiga el sentimiento de impotencia y revela la extensión de la soberanía del individuo. «Cada cual, sin duda —escribió Louis Lavelle—, sólo piensa en rechazar el dolor en el momento en que éste asalta; pero cuando se recuerda la vida pasada, entonces se advierte que son los dolores sufridos aquellos que ejercieron la mayor acción sobre cada cual; ellos lo han marcado, le han dado a su vida la seriedad y la profundidad; de ellos también ha aprendido acerca del mundo donde está llamado a vivir; y obtenido también las enseñanzas esenciales sobre el significado de su destino.»[56]

El dolor es inherente a la vida como oposición que da su plena medida a la alegría de existir. Vivir tiene un valor virtualmente precario, amenazado. De ahí la dicha que siente el enfermo aliviado de su mal o que poco a poco se acerca a la curación, y el júbilo de los primeros días de libertad que suceden a una larga internación. En todo dolor hay en potencia una dimensión iniciática, un reclamo para vivir con mayor intensidad la conciencia de existir. Porque es ser arrancado de sí, trastorno de la quietud donde arraiga el antiguo senti-

55. Montaigne, *Ensayos*, III, pp. 220-221.
56. L. Lavelle, *Le mal et la souffrance*, Plon, París, 1940, p. 106.

miento de identidad, el dolor padecido es antropológicamente un principio radical de metamorfosis, y de acceso a una identidad restablecida. Es una herramienta de conocimiento, una manera de pensar los límites de uno mismo, y de ampliar el conocimiento de los demás. El dolor es una metafísica, da la distancia adecuada para la instalación del hombre en un universo de sentido ampliado y propicio a la alegría de vivir. Porque abrasa y aherroja en el horror, la sensación de muerte es una clave para arraigar en el hombre, tan pronto como se haya librado de su enfermedad, el sentimiento del valor de la vida. El dolor es sacralidad salvaje. ¿Por qué sacralidad? Porque forzando al individuo a la prueba de la trascendencia, lo proyecta fuera de sí mismo, le revela recursos en su interior cuya propia existencia ignoraba. Y salvaje, porque lo hace quebrando su identidad. No le deja elección, es la prueba de fuego donde el riesgo de quemadura es grande. Es propio del hombre que el sufrimiento sea para él una desgracia donde se pierde por entero, donde desaparece su dignidad, o, por el contrario, que sea una oportunidad en que se revele en él otra dimensión: la del hombre sufriente, o que ha sufrido, pero que observa el mundo con claridad. O el hombre se abandona a las fieras del dolor, o intenta domarlas. Si lo consigue, sale de la prueba siendo otro, nace a su existencia con mayor plenitud.[57] Pero el dolor no es un continente donde sea posible instalarse, la metamorfosis exige el alivio.

57. La búsqueda deliberada del riesgo responde a la misma necesidad antropológica de crear un sentido, de sumergirse en una sacralidad íntima por la frecuentación simbólica de la muerte. Cf. D. Le Breton, *Passions du risque*, *op. cit.*, cap. 6.

BIBLIOGRAFÍA

Acta neurochirurgica, suplemento, 38, 1987.

Aïach, P.; Kaufmann, A. y Waissman, R., *Viure avec une maladie grave*, París, Méridiens-Klincksieck, 1989.

Aïn, J. (ed.), *Souffrances. Quel sens aujord'hi?* Toulouse, Erès, 1992.

Angell, M., «The quality of mercy», *The New England Journal of medicine*, vol. 306, n.º 2, 1982.

Anzieu, D., *Le Moi-peau*, París, Dunod, 1985.

Autrement, La Souffrance, n.º 142, 1994.

Bagros, P. y Le Breton, D., «"Les émigraines". Interculturalité et anxiété à l'hospital», *Le Journal des psychologes*, n.º 73, 1989.

Bakan, D., *Disease, Pain and Sacrifice. Toward a Psychology of Suffering*, Chicago, Beacon Press, 1968.

Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*, París, Payot, 1960.

Baszanger, I., «Les maladies chroniques et leur ordre négocié», *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986.

—, *Entre comprende et soigner. Les débuts des centres de la douleur en France*, París, CNRS, 1987.

—, «Douleur, travail médical et expérience de la maladie», *Sciences Sociales et Santé*, vol. VII, n.º 2, 1989.

—, «Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Les cas de médecins de la douleur», *Revue Française de Sociologie*, XXXI-2, 1990.

Beecher, H. K., «The powerful placebo», *JAMA*, vol. 159, 1955.

—, «Relationship of significance of wound to the pain experienced», *JAMA*, vol. 161, 1956.

—, «The measurement of pain», *Pharmacological Review*, n.º 9, 1957.

—, *Measurement of Subjective Responses: Quantitative Effects of Druggs*, Nueva York, Oxford University Press, 1959.
—, «Pathology and experiment in advancing study of subjective responses, with emphasis on pain», en Beecher, H. K. (ed.), *Disease and the Advancement of Basic Science*, Cambridge, Harvard University Press, 1960.
—, «Surgery as placebo», *JAMA*, vol. 176, 1961.
Beguin, A., *Bloy, mystique de la douleur*, París, Labergerie, 1948.
Beloti, E. G., *Du coté des petites filles*, París, Des femmes, 1973.
Beltrutti, D., «Cultural factors in chronic pain», *Panminerva Medica*, n.º 26, 1984.
Bennani, J., *Le corps suspect*, París, Galilée, 1980.
Benoist, J., «Le médicament, opérateur technique et médiateur symbolique», *Projections*, n.º 1, 1989-1990.
—, *Anthropologie médicale en société créole*, París, PUF, 1993.
Benson, H. y Maccallie, D. P., «Angina pectoris and the placebo effect», *New England Journal of Medicine*, vol. 300, n.º 25, 1979.
Bernard, M., «Les paradoxes de la douleur», *Esprit*, n.º 2, 1982.
Besson, J. M., *La douleur*, París, Odile Jacob, 1992.
Block, A. R.; Krener, E. y Gaylor, M., «Behavioral treatment for chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behavior», *Pain*, n.º 9, 1980.
Boltanski, L., «Les usages sociaux du corps», *Annales*, 26.º aniversario, enero-febrero 1971.
Boureau, F., *Controler votre douleur*, París, Payot, 1986.
—, *Practique du traitement de la douleur*, París, Douin, 1988.
Boureau, F.; Leizorovicz y Caulin, F., «Effects placebo sur les douleurs métastatiques osseuses», *La Presse Médicale*, n.º 17, 1988.
Bowker, J., *Problems of Suffering in Religions of the World*, Cambridge, Cambridge University Press, 1970.
Brena, S., *Pain and Religion: a Psychophysiological Study*, C. C. Thomas, 1972.
Brenot, P., *Les mots de la douleur*, París, L'esprit du temps, 1992.
Brosse, J., *Inventaire des sens*, París, Gasset, 1965.
Buytendijk, F. J. J., *De la douleur*, París, PUF, 1951.
Cambier, J., *Corps et douleur*, París, Masson, 1982.
Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique*, París, PUF, 1966.
Carrier, C. y Peytavin, A., «Douleur on anxiété, cet envers de la médaille», *Cinésiologie*, n.º 132, 1990.
Centre de Recherches Germaniques, *Le mal et la douleur*, Nancy, PUN, 1988.

Chalier, C., *La Persévérance du mal*, París, Cerf, 1987.
Chertok, L., *Le non-savoir des psy*, París, Payot, 1979.
—, «Hypnose et douleur», *L'Énigme de la relation au cœur de la médecine*, París, Les Empecheurs de tourner en rond, 1992.
Chirpaz, F., *Le corps*, París, PUF, 1969.
Clark, W. C. y Clark, S. B., «Pain responses in nepalese porters», *Science*, n.º 209, 1980.
Clark Mims, B., «Sociological and cultural aspects of pain», en Tollison, G. D., *Handbook of Chronic Pain Management*, 1989.
Claverie, B.; Le Bars, D.; Zavialoff, N. y Dantzer, R., *Douleurs*, tomo 1, *Du neurone à l'homme souffrant*, tomo 2, *Sociétés, personne et expressions*, París, Eshel, 1992.
Communio, XIII-6, 1988.
Coste, J., «Notion grecque et notion biblique de la "souffrance éducatrice"», *Recherches e Science Religieuse*, vol. XLVIII, 1953.
Craig, K. D., «Social modeling influences, pain in context», en Sternback, R. A., *The Psychology of Pain*, Nueva York, Raven Press, 1986.
Croog, H., «Ethnics origins, educational level, and responses to a health questionnaire», *Human Organization*, 1961.
Davitz, L. L. *et al.*, «Suffering as viewed in six different cultures», *Am. Journal Nurs*, n.º 76, 1976.
Devisch, R., *Weaving the threads of life. The Khyta gyn-eco-logical healing cult among the Yaka*, Chicago, University of Chicago Press, 1993.
Delvecchio Good, M. J.; Brodkin, P. E.; Good, B. J. y Klein-Man, A., *Pains as Human Experience. An Anthropological Perspective*, Berkeley, University of California Press, 1992.
Dodier, N., «Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail», *Revue Française de Sociologie*, vol. XXVII, 1986.
—, *L'Expertise médicale*, París, Métailié, 1993.
Dunn-Geier, B. J. *et al.*, «Adolescent chronic pain: the ability to cope», *Pain*, n.º 26, 1986.
Egbert, L. D. *et al.*, «Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients: a study of doctor-patient rapport», *New England Journal of Medicine*, n.º 270, 1964.
Engel, G. L., «Guilt, pain and success», *Psychosomatic Medicine*, vol. 24, n.º 1, 1962.
—, «The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine», *Science*, n.º 196, 1977.

Erlich, M., *La mutilation*, París, PUF, 1990.
Evans, F. J., «Expectancy, therapeutic instructions and the placebo responses», en White, B. T. y Schartz, G. E., *Placebo: Theory, Research and Mechanims*, Nueva York, Guilford Press, 1985.
Fagerhaugh, S. y Strauss, A., *Politics of Pain Management: Staff-patients Interactions*, Menlo Park, Addison-Wesly, 1977.
Faizang, S., *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, París, Éditions de L'EHESS, 1988.
Fields, H. L., *Douleurs*, París, Medsi, 1989.
Flannery, R. B.; Sos, J. y Mac Govern, P., «Ethnicity as a factor in the expression of pain», *Psychosomatics*, n.º 22, 1981.
Foucault, M., *Surveiller et punir*, París, Gallimard, 1975.
Fourure, G., *Malheur et chatiment. Histoire d'une controverse et réflexions théologiques*, 2 tomos, Lille, 1955.
Freedman, L. Z. y Ferguson, V. M., «The question of "painless childbirth" en primivite cultures», *American Journal of Orthopsychiatry*, n.º 20, 1950.
Freud, S. y Breuer, J., *Études sur l'hystérie*, París, PUF, 1956.
—, *Inhibition, symptome, angoisse*, París, PUf, 1965.
—, «Deuil et mélancolie», en *Métapsychologie*, París, Gallimard, 1968.
Gauvain-Piquard, A. y Meignier, M., *La douleur de l'enfant*, París, Calmann-Lévy, 1993.
Giornale di Metafisica, «Il problema della soferenza inutile», n.º 1, 1982.
Good, B. J. y Delvecchio Good, M. J., «The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice», en Eisenberg, L. y Kleinman, A. (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Reidel Publishing C., 1981.
Guillaume, P., *Médecine, église et foi (XIXe-XXe siècles)*, París, Aubier, 1990.
Guillaumin, J., «Besoin de traumatisme à l'adolescence», *Adolescence*, n.º 3, 1985.
Gutton, P., «L'Enfant et sa souffrance», *Psychologie Médicale*, tomo VII, n.º 8, 1975.
—, «A propos du travail de la souffrance de l'enfant», *Psychanalyse à l'Université*, vol. 4, n.º 15, 1979.
Hainard, J. y Kaehr, R., *Le mal et la douleur*, Musée d'ethnographie de Neuchatel, 1986.
Hardy, J. D. y Wolff, H. G., «On the nature of pain», *Psychiatric Review*, XXVII, 1947.

Hardy, J. D.; Wolff, H. G. y Goodell, H., *Pain Sensations and Reactions*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1952.
Havaux, B.; Stenuit, A. y Violon, A., «Étude du seuil douloureux chez le sujet normal et chez le sujet douloureux chronique», *Revue de Médecine de Bruxelles*, n.º 4, 1983.
Herzlich, C. y Pierret, J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, París, Payot, 1984.
Hilbert, R., «The cultural dimensions of chronic pain: flawed reality construction and the problem of meaning», *Social Problems*, vol. 31, n.º 4, 1984.
Hirsch, E., *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Cerf, 1990.
Illich, I., *Nemesis médicale*, París, Seuil, 1975.
Jakobovits, I., *Jewish Medical Ethics*, Nueva York, Bloch Publishing, 1959.
Jallade, S., «Médecine psychosomatique et douleurs rebelles», *Revue de Médecine Psychomatique*, vol. 16, n.º 1, 1974.
Jalmalv, *La souffrance physique*, n.º 21, 1990.
Jankelevitch, V., *L'Austérité et la vie morale*, París, Flammarion, 1956.
Jaulin, R., *L'Année chauve*, París, Métailié, 1993.
Juan-Pablo II, *Le sens chrétien de la souffrance*, París, Le Centurion, 1984.
Jelk, S., «De la douleur à l'anesthésie», *Équinoxe*, n.º 8, 1992.
Jerphagnon, L., *Pascal et la souffrance*, París, Éd. Ouvrières, 1956.
Keele, K. D., *Anatomies of pain*, Oxford, Blackxell Scientific Publications, 1957.
Keele, K. D. y Smith, R. (eds.), *The assessment of pain in man and animals*, Londres, Livingstone, 1962.
Kent, G., «Memory of dental pain», *Pain*, n.º 21, 1985, pp. 187-194.
King, S. H., *Perceptions of Illness and Medical Practice*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 1962.
Kleinman, A., *Social Origins of Distress and Disease. Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*, New Haven, Yale University Press, 1986.
—, *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basicbooks, 1988.
Knobel, M.; Rougier, S. y Baccouche, H., *La souffrance*, París, Centurion, 1993.
Koopman, C.; Eisenthal, S. y Stoeckle, J. D., «Ethnicity in the reported pain, emotional distress and request of medical outpatients», *Social Science and Medicine*, n.º 18, 1984.

Kosterlitz, H. W. y Terenius, L. Y. (eds.), *Pain and Society*, Deerfield Beach and Basel, Verlag-Chemie, 1980.
Kotarba, J., «The chronic pain expérience», en Douglas, J. y Johnson, J., *Existential Sociology*, Nueva York, Cambridge University Press, 1977.
—, *Chronical Pain: its Social Dimensions*, Bervely Hills, CA, Sage, 1983.
Lachaux, B. y Lemoine, P., *Placebo*, París, Medsi, 1988.
Lafay, A. (ed.), *La douleur: approches pluridisciplinaires*, París, L'Harmattan, 1992.
Lambert, W. E.; Libman, E. y Poser, E. G., «Effect of increased saliense of membership group on pain tolerance», *Journal of Personality*, n.º 28, 1960.
Larkins, F. R., «The influence of one patient's culture on pain response», *Nursing Clinics of North America*, vol. 12, n.º 4, 1977.
Lassner, J., «Psychosomatique et douleur», *Caiers d'anesthésiologie*, tomo 20, n.º 1, 1972.
Lavelle, L., *Le mal et la souffrance*, París, Plon, 1940.
Le Breton, D., *Corps et sociétés*, París, Méridiens-Klinchsieck, 1985.
—, *Anthropologie du corps et modernité*, París, PUF, 1990.
—, *Passions du risque*, París, Métailié, 1991.
—, «Corps et anthropologie: de l'efficacité symbolique», *Diogène*, n.º 153, 1991.
—, *La Sociologie du corps*, París, PUf, Que sais-je? 1992.
—, *La Chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain*, París, Métailié, 1993.
Le Garrec, E., *Mosaïque de la douleur*, París, Seuil, 1991.
Léonard, J., *Archives du corps*, Rennes, Ouest-France, 1986
Leriche, R., *La chirurgie de la douleur*, París, Masson, 1949.
—, *La Chirurgie à l'ordre de la vie*, París, La Diane Française, 1949.
Les Cahiers de Varsovie, «La souffrance au Moyen Âge (Francia, siglos XII-XV)», Varsovia, 1968.
Levinas, E., *Le temps et l'autre*, París, PUf, 1983.
—, «La souffrance inutile», *Les Cahiers de la Nuit Surveillée*, n.º 3, París, Verdier, 1984.
Levy, G. (ed.), *La douleur: «au-delà des maux»*, París, Éditions des Archives Contemporaines, 1992.
Lewis, C. L., *Le problème de la souffrance*, París, 1950.
Lipton, J. A. y Marbach, J. J., «Ethnicity and the pain experience», *Social Science and Medicine*, n.º 19, 1984.

Lock, M. y Gordon, D. (eds.), *Biomedicine examined*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1988.
Loux, F., *Le corps dans la société traditionnelle*, París, Berger-Levrault, 1979.
Loux, F. y Richard, P., *Sagesse du corps*, París, Maisonneuve et Larose, 1978.
Mac Dougall, J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, París, Gallimard, 1978.
MAI 93, *Vaincre la douleur*, Colloque infirmier européen, MAI 93, 1990.
Marie-Cardine, M. y Cottraux, J., «A la recherche de la subjectivité douloureuse», *Cahiers Médicaux Lyonnais*, vol. 47, n.º 32, 1971.
Marty, P.; De M'Uzan, M. y David, C., *L'Investigation psychosomatique*, París, PUF, 1963.
Mazars, G., *L'Homme sans douleur*, París, Calmann-Lévy, 1988.
Mechanic, D., «Religion, religiosity, and illness behavior: the special case of the jews», *Human Organization*, vol. XXII, fasc. XXX, 1963.
—, «The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior», *Pediatrics*, n.º 33, 1964.
—, *Medical Sociology. A Selective View*, Nueva York, Free Press, 1968.
—, «Social psychologic factors affecting the presentation of body complaints», *The New England Journal of Medicine*, 1982, 286, 21.
Melzack, R., «The perception of pain», *Scientific American*, volumen 204, n.º 2, 1961.
—, *The puzzle of pain*, Nueva York, Basic Books, 1973.
Melzack, R. y Wall, P., *Le défi de la douleur*, París, Vigot, 1989.
Merksey, H. y Spear, F. G., *Pain: Psychological and Psychiatric Aspects*, Londres, 1967.
Morinis, A., «The ritual expérience: pain and the transformation of consciousness in ordeals of initiation», *Ethos*, vol. 13, n.º 2, 1985.
Morris, D. B., *The Culture of Pain*, Berkeley, University of California Press, 1984.
Moulin de D., «A historical-phenomenological study of bodily pain in western man», *Bulletin of the History of Medicine*, n.º 48, 1974.
Mucchielli, R., *Introduction à la psychologie structurale*, París, Dessart, 1968.
Nathan, T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, París, Dunod, 1986.

—, *L'Influence qui guérit*, París, Odile Jacob, 1993.
Natoli, S., *L'Esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milán, Feltrinelli, 1993.
Nemo, P., *Job et l'excès du mal*, París, Grasset, 1978.
Neusch, M., *Le mal*, París, Le Centurion, 1990.
Nietzsche, F., *Le gai savoir*, París, Gallimard, 1964.
Nores J. M., *La douleur et la condition humaine*, París, Thèse, 1987.
Pace, J. B., *Pain: Personal Experience*, Chicago, Nelson-Hall, 1976.
Passot, C., *La souffrance des autres*, París, Le Cerf, 1988.
Patrick, C. J.; Craig, K. D. y Prachin, M. K., «Observer judgments of acute pain: facial action determinants», *Journal Personal. Soc. Psychol.*, n.º 50, 1986.
Pernick, M. S., *A calculus of suffering: pain, professionalism and anesthesia in nineteenth-century America*, Nueva York, Columbia University Press, 1985.
Perrin, E., «Passage d'un système de soins à un système de santé: l'exemple du mal de dos», *Ethnological Helvetica*, n.º 17-18, 1993-1994.
Peter, J. P. (ed.), «Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élision», *Le Genre Humain*, n.º 18, 1988.
—, «Apories de la douleur», *Sciences Sociales et Santé*, VII-2, 1989.
—, *De la douleur*, París, Quai Voltaire, 1993.
Pétonnet, C., *On est tous dans le brouillard*, París, Galilée, 1979.
Petrie, A., *Individuality in Pain and Suffering*, Chicago, University of Chicago, 1967.
Pichard-Léandri, E. y Gauvain-Piquard, A. (eds.), *La douleur chez l'enfant*, París, Medsi-MacGraw-Hill, 1989.
Pigeaud, J., *Les maladies de l'âme. Études sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique classique*, París, Les Belles Lettres, 1989.
Pinell, P., *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en france (1980-1940)*, París, Métailié, 1992.
Pontalis, J. B., *Entre le rêve et la douleur*, París, Gallimard, 1983.
Quaderni del Circolo Semiologico Siciliano, «Il dolore. Pratiche e segni», n.º 32-33, 1989.
Queneau, P. y Ostermann, G., *Le médecin, le patient et sa douleur*, París, Masson, 1993.
Reik, T., *Le masochisme*, París, Payot, 1953.
Rey, R., *Histoire de la douleur*, París, La Découverte, 1993.
Ricœur, P., *Le mal*, Génova, Labor et Fides, 1986.

Rigliano, P., «Il dolore, la morte, il senso. Appunti per una riflessione», *Marginalità e Società*, n.º 11, 1989.
Robinson, V., *Victory over Pain. An History of Anesthesia*, Nueva York, Shuman, 1946.
Ross, D. M. y Ross, S. A., «Childhood pain: the school-aged child's view point», *Pain*, n.º 20, 1984.
Rowley, H. H., *Submission in suffering*, Cardiff, University of Wales Press, 1951.
Russier, J., *La souffrance*, París, PUF, 1963.
Sacks, O., *Migraine*, París, Le Seuil, 1986.
Salamagne, M. H. y Vanier, T., «Douleur physique. Souffrance globale à la phase ultime d'une maladie cancéreuse», *Revue du Praticien*, tomo XXXVI, n.º 9, 1986.
Sarano, J., *La douleur*, París, Épi, 1965.
Sargent, C., «Between death and shame: dimensions of pain in the Bariba culture», *Social Science and Medicine*, n.º 12, 1984.
Saunders, C. y Baines, M., *La vie aidant la mort*, París, Medsi, 1986.
Scarry, E., *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*, Oxford, Nueva York, Oxford University Press, 1985.
Schattner, M., *Souffrance et dignité humaine*, París, Mame, 1993
Scheler, M., *Le sens de la souffrance*, París, Aubier, 1936.
Sebag-Lanoë, R., *Mourir accompagné*, París, Desclée de Brouwer, 1986.
—, «La souffrance du vieillard en fin de vie», *Le soin des malades en fin de vie, aspects éthniques*, Dossier documentaire, Centre Sèvres, París, 1987.
Skipper, J. K. Jr. y Leonard, R. C., «Children, stress, and hospitalization: a field experiment», *Journal of Health Social Behaviour*, n.º 9, 1968.
Sontag, S., *La maladie comme métaphore*, París, Le Seuil, 1979.
—, *Le sida et ses métaphores*, París, Christian Bourgois, 1989.
Soulairac, A.; Cahn, J. y Charpentier, J., *Pain*, Nueva York y Londres, 1968.
Sternbach, M. y Tursky, M., «Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential responses to electric shocks», *Psychophysiology*, n.º 1, 1965.
Strassberg, D. y Klinger, B. I., «The effect on pain tolerance of social pressure within the laboratory setting», *Journal of Social Psychology*, n.º 88, 1972.
Strauss, A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, París, L'Harmattan, 1992.

—, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionisme*, París, Métailié, 1992.
Szasz, T., *Douleur et plaisir*, París, Payot, 1986.
Varillon, F., *La souffrance de Dieu*, París, Le Centurion, 1975.
Varone, F., *Ce Dieu censé aimer la souffrance*, París, Cerf, 1986.
Vasse, D., *Le poids du réel: la souffrance*, París, Seuil, 1983.
Verspieren, P., *Face à celui qui meurt*, París, Desclée de Brouwer, 1985.
Violon, A., *La douleur rebelle*, París, Desclée de Brouwer, 1992.
Wacquant, L. J. D., «Corps et âme. Notes ethnograpiques d'un apprenti boxeur», *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n.º 80, 1989.
Wand-Tetley, J. I., «Historical methods of counter irritation», *Ann. Phys. Med.*, n.º 3, 1956.
Weis, O. F. *et al.*, «Attitudes of patients, housestaff and nurses toward postoperative analgesic care», *Anesth. Analg.*, n.º 62, 1983.
Wittgenstein, W., *Fiches*, París, Gallimard, 1970.
Wolff, B. B. y Langley, S., «Cultural factors and the response to pain: a review», *American Anthropologist*, n.º 70, 1968.
Zborowski, M., «Cultural components in response to pain», *Journal of Social Issues*, n.º 8, 1952.
—, *People in Pain*, San Francisco, Jossey-Bass, 1969.
Zborowski, M. y Herzog, E., *Life is with people*, International Universities Press, 1952.
Zola, I. K., «Illnes behavior of the working class: implications and recommandations», en Shostack, A. B. y Gombert, W., *Blue Collar World*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1964.
—, «Culture and symptoms. An analysis of patients presenting complaints», *American Sociological Review*, n.º 31, 1966.

AGRADECIMIENTOS

Escribir sobre el dolor me preocupaba desde hacía años, reunía datos, notas, entrevistas, pero retrocedía ante la magnitud de la tarea. Jean Broussier, incansable artesano del acercamiento de las ciencias humanas y de la medicina general, fue el primero en disolver mis dudas, recordándome lo que se jugaba desde el punto de vista ético en un tema semejante, y el frecuente desconocimiento de los datos de la antropología por parte de los médicos. Le agradezco su amistosa insistencia y los numerosos intercambios que realizamos juntos. Otras exhortaciones procedieron de Guillemette Ishkinazi, Philippe Raffin, Michel Delarbre, y de la agencia Réactif, los cuales me encargaron una investigación sobre el dolor en Europa, poniendo a mi disposición los medios adecuados para realizarla. Presentado el informe, estaban descontentos por tener que parar allí: continué la investigación. Quiero agradecerles su confianza.

Suzanne Mussard, Alain Gras, Freddy Raphaël, André Rauch y Patrick Vendermeersch me hicieron preciosas sugestiones, se las agradezco.

Por razones diversas también quiero dar las gracias a François-Dominique Charles, Jean-Michel Clavert, Nicole Dreyer-Muller, Christian Michel, Souâd Hariki y Josette Estrade.

Me reconozco en deuda con Philippe Bagros por el trabajo que realizamos juntos en el hospital de Tours, y por la experiencia que pude acumular siguiéndolo en su función de médico y compartiendo su problemática. También mi amistad para Christine Guichard, por los debates apasionados que entablamos acerca del dolor del niño autista, cuando yo todavía era estudiante. Esa problemática me acompaña aún y también suele hacerlo la experiencia que adquirí a su lado.

Mi deuda hacia Hnina Tuil es inmensa, no sólo por las innumerables conversaciones que mantuvimos acerca de su práctica terapéutica en el hospital, sino también por sus relecturas del manuscrito, observaciones, críticas y exigencia.

ÍNDICE